

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1896 à 1 heure.

PAR

Jacques MARMARIAN

Né à Trébizonde (Turquie d'Asie), le 12 Décembre 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS FROIDS

DE LA

PAROI THORACIQUE LATÉRALE

DES ABCÈS D'ORIGINE PLEURALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. } TERRIER, professeur.
 } TUFFIER ET LEJARS, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

392

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 8 juillet 1896 à 1 heure.

PAR

Jacques MARMARIAN

Né à Trébizonde (Turquie d'Asie), le 12 Décembre 1866

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ABCÈS FROIDS

DE LA

PAROI THORACIQUE LATÉRALE

DES ABCÈS D'ORIGINE PLEURALE

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { TERRIER, professeur.
 { TUFFIER ET LEJARS, agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
Clinique médicale	{ N.
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	{ BERGER.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES EXCELLENTS PARENTS

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

*Témoignage bien faible de mon affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MON CHER ONCLE

MGR PAUL MARMARIAN

ARCHEVÊQUE CATHOLIQUE DE TRÉBIZONDE

*Je dédie ce travail comme témoignage de mon inallérable
reconnaissance pour tous les sacrifices qu'il s'est imposés pour moi.*

A SON ÉMINENCE

LE CARDINAL RICHARD

ARCHEVÊQUE DE PARIS

A SA BÉATITUDE

MGR ÉTIENNE PIERRE X AZARIAN

PATRIARCHE DES ARMÉNIENS CATHOLIQUES

*J'adresse, ici, mes sincères remerciements.
A ma respectueuse gratitude pour toutes les bontés et les
sollicitudes paternelles qu'Elles ont daigné me témoigner.*

A M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*L'hommage de ma respectueuse reconnaissance pour les bontés
qu'il a bien voulu me témoigner pendant tout le temps que
j'ai fréquenté son service.*

A M. C. THÉOPHYLACTOS.

L'hommage de mon profond respect.

AVANT PROPOS

Ayant eu la bonne fortune de fréquenter, pendant deux ans, le service de M. le Professeur Tillaux et d'assister à ses cliniques, nous avons eu l'occasion d'entendre, à l'une de ses leçons magistrales, cet éminent Maître exposer l'histoire des abcès froids de la paroi thoracique. Il a attiré spécialement l'attention de ses auditeurs sur l'une des variétés, la moins connue jusqu'à présent. Nous voulons parler de l'abcès d'origine pleurale, dont Leplat nous a donné la première bonne description et sur la pathogénie duquel Souligoux a écrit une thèse remarquable, que nous aurons souvent l'occasion de citer et de mettre à contribution au cours de notre travail.

Ces auteurs cependant ont surtout eu en vue l'étude anatomique et le mode d'origine de ces abcès ; nous essaierons, dans la mesure de nos forces, d'en compléter l'histoire, en esquissant leur symptomatologie, leur diagnostic et leur traitement. Ces derniers points ont été moins scrutés jusqu'à ce jour et les livres classiques sont muets à cet égard.

Nous sommes surpris de voir que les abcès froids d'origine pleurale restent contestés au profit des abcès d'origine osseuse. Nous voudrions donc que notre modeste travail fût également un essai de vulgarisation.

Le plan de cette thèse est tout tracé et ne réclame pas de longues explications. L'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la pathogénie, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des abcès froids d'origine pleurale seront décrits en autant de chapitres distincts.

Avant d'entrer en matière, nous sommes heureux d'adresser ici publiquement à M. le Professeur Tillaux l'hommage de notre profonde reconnaissance. Nous n'oublierons jamais son extrême bienveillance, la science et la portée pratique de ses magistrales leçons, le charme de ses causeries au lit du malade. Il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous lui en exprimons notre extrême gratitude.

A l'hôpital Necker, nous avons pu profiter de l'enseignement chirurgical de MM. les Professeurs Guyon et Le Dentu. Il ont droit à notre dévouement le plus respectueux. Il en est de même de M. le Professeur Grancher.

Chez M. le Professeur Potain, MM. les Docteurs Bucquoy, Hanot, Lancereaux, Faisans, Siredey et Ballet, nous avons appris la médecine générale, la médecine infantile et les affections nerveuses. Ils nous ont inculqué de saines notions cliniques, nous ont initié aux principes du diagnostic et aux difficultés de la thérapeutique. Qu'ils reçoivent nos plus sincères remerciements et soient persuadés de notre profonde reconnaissance.

M. le Docteur Bar, auprès duquel nous avons étudié l'obstétrique, a été toujours pour nous un Maître bienveillant, que nous sommes heureux d'assurer ici de notre vive gratitude. Dans les services de M. le Profes-

seur Fournier et de M. le Docteur Gaucher, nous avons pu profiter de leçons remarquables, que nous n'oublierons jamais, sur les affections cutanées et syphilitiques.

Nous remercions enfin M. le Docteur Thiéry, qui a toujours été pour nous d'une extrême amabilité, MM. les Docteurs Rieffel et Souligoux, qui ont bien voulu nous communiquer quelques documents pour la rédaction de notre travail

CHAPITRE PREMIER

Historique

Nous avons l'intention de nous occuper exclusivement, dans le cours de notre travail, des abcès froids de la paroi thoracique latérale, de ceux qu'on appelle les abcès costaux. Nous laisserons donc de côté ceux qu'on décrit sous le nom d'abcès antérieurs ou sternaux, bien qu'ils présentent avec les précédents une très frappante analogie et une parenté très étroite.

On peut dire que la connaissance des abcès froids thoraciques d'origine pleurale est de date relativement récente. Pour démontrer cette proposition, il est utile que nous jetions un coup d'œil sur l'histoire générale des abcès froids thoraciques, afin de mieux faire ressortir l'évolution des idées et d'indiquer par quelles phases a passé la question.

Les premières notions relatives aux suppurations des parois pectorales ne remontent guère qu'au début de ce siècle, et il est remarquable de constater que les premiers observateurs les attribuent presque tous à une lésion pleuro-pulmonaire antérieure.

Bonet, dans le *Sepulchretum*, publie le fait suivant :
Suffocationis sensus, ab abscessu sub ala sinistra,
suppuratione septi transversi, pleura vitata.

En 1822, nous trouvons une observation de Pacini, intitulée : abcès froid des parois thoraciques, avec adhérences pleurales ; en 1827 une autre de Hervez de Chégoin et Mérat, relative à un vaste abcès circonvoisin, sans communication avec la plèvre, suite d'une pleurésie suppurée ; en 1829, un cas de Bonnet avec le titre suivant : « abcès extérieur avec crépitation, dénudation et coloration en noir de la troisième côte en contact avec le pus. — Abcès sous la plèvre pulmonaire, fistule, pleurésie antérieure. »

Mais il s'agissait là de faits épars. C'est Ménière qui, le premier, nous donne, en 1829, une étude soignée des « abcès chroniques qui se développent sur le trajet des côtes ». Bien des auteurs classiques répètent que Ménière les attribue à la nécrose et à la carie de ces os. Rien n'est plus inexact et il est utile, pensons-nous, de rectifier cette erreur historique, qui se perpétue de plus d'un demi-siècle. Voici en effet ce qu'écrivait Ménière : « Quant à l'étiologie de ces abcès, j'ai indiqué la cause qui me semblait réunir le plus de probabilités en sa faveur. En effet, on les a toujours vus survenir à la suite des violents efforts, déterminés par une phlegmasie de la plèvre et du poumon. Je ne connais aucune circonstance anatomique ou physiologique qui rende compte de leur développement plutôt à droite qu'à gauche, plutôt vers la septième côte que partout ailleurs, plutôt en avant qu'en arrière. *Je pense que l'altération des côtes ou de leur cartilage n'est*

que consécutive et dépend du travail inflammatoire lent, qui s'établit dans le kyste ainsi que dans les parties environnantes. » Dance, Parise, appuient les conclusions de Ménière et, à cette époque, nous voyons Marchal de Calvi pratiquer la résection costale pour un abcès et une carie consécutifs à une pleurésie antérieure.

Au commencement du siècle, ainsi qu'on le voit, on ne discute même pas la possibilité de l'origine osseuse des abcès froids de la poitrine, ou tout au moins on la considère comme fort exceptionnelle. Ouvrons, en effet, le grand ouvrage de Boyer. Dans son remarquable chapitre sur les abcès de la poitrine, on voit qu'il les divise en extérieurs et intérieurs. Les premiers, dit-il, siègent dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans l'interstice des muscles. Les seconds comprennent plusieurs variétés qui sont : les abcès pulmonaires, l'empyème, les abcès du médiastin, les abcès qui se forment entre la plèvre et les poumons devenus adhérents, enfin les abcès du tissu cellulaire de la plèvre.

Ces derniers, écrit Boyer, sont aigus ou chroniques. Lorsque l'engorgement, dépendant d'un vice interne (le rhumatismal, le scrofuleux, le vénérien), et aboutissant à un abcès, offre une marche lente et chronique, celui-ci siège entre la plèvre, qui forme la paroi interne du foyer purulent, et les muscles intercostaux et les côtes, qui en forment la paroi externe. « Au bout d'un temps plus ou moins long, il se manifeste entre deux côtes, une légère tumeur indolente, pâteuse et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur fait des progrès continuels, mais fort lents ; elle s'amollit par degrés et la fluctuation y devient manifeste.

Le pus de ces sortes d'abcès, ayant son siège primitif sur la face externe de la plèvre, rend cette membrane plus consistante et plus épaisse, la pousse en dedans et la détache peu à peu des muscles intercostaux et des côtes. La tumeur que le foyer purulent forme dans l'intérieur de la poitrine, doit comprimer le poumon et nuire à l'exercice de ses fonctions ; mais il est très rare qu'elle devienne assez grande pour gêner beaucoup la respiration.

A l'ouverture de ces abcès, on trouve quelquefois une ou plusieurs côtes cariées. On attribue cette lésion des côtes au trop long séjour du pus et à son action sur le périoste ».

Cet article de Boyer, dont nous venons de donner un extrait, comprend six pages, dans lesquelles il décrit d'une façon remarquable les abcès du tissu cellulaire de la plèvre, tout en reconnaissant qu'ils peuvent parfois dépendre d'une carie costale. A part l'étiologie et la pathogénie, qui n'ont acquis une précision suffisante qu'avec les progrès de l'histologie et de la microbiologie, il n'y a rien à reprendre au passage de Boyer. Nous tenons d'autant plus à y insister, qu'on tend, partout à l'étranger et aussi un peu chez nous, à attribuer à Wunderlich la première bonne description des abcès péripleuraux.

Bientôt cependant la question change de face. Grâce à l'impulsion donnée à la pathologie osseuse par Gerdy et Chassaignac, l'ostéite et les abcès ossifluents absorbent l'attention des médecins. La suppuration des parois de la poitrine ne reconnaît plus une origine pleurétique ; on ne tient pas compte des observations judicieuses, formulées par Gendrin, par Andral, par Cruveilhier ; on

n'invoque plus pour expliquer les abcès froids thoraciques que l'ostéite, la carie et la nécrose des côtes. Si nous parcourons, en effet, le chapitre consacré en 1861 par Vidal (de Cassis) aux abcès du thorax (chapitre bien inférieur à celui qu'avait écrit Boyer), nous y lisons ceci : « Des abcès qui se développent dans l'épaisseur des parois pectorales, il en est qui succèdent à des contusions, à des plaies non pénétrantes, à des érysipèles, à des caries ou à des nécroses de côtes, du sternum ou de la colonne vertébrale Quand on dit qu'il y a abcès froids, il y a altération de l'os, et c'est de lui que vient la suppuration ».

Dans un important mémoire, écrit en 1865, sur les abcès de voisinage dans la pleurésie, Leplat réagit contre un semblable exclusivisme. Il s'efforce de faire jouer à la pleurésie récente ou ancienne le rôle primordial dans la genèse de ces collections purulentes. Leplat cependant est loin de nier celles qui résultent d'une affection osseuse primitive. Mais l'incriminer seule, c'est commettre, dans certains cas, une erreur d'interprétation : « Quand, dit-il, un malade, à la suite d'une pleurésie, est atteint d'un abcès, il est évacué dans un service de chirurgie et le chirurgien se préoccupe assez peu des antécédents de son malade ou bien, et cela arrive le plus souvent, le malade sort de l'hôpital à peu près guéri de son affection interne et ce n'est que quelques mois après son départ qu'il revient avec une tumeur suppurée des parois de la poitrine ; la cause première de la phlegmasie secondaire est déjà trop loin, pour qu'on y apporte toute l'attention qu'elle mérite et d'ailleurs, avec le temps, au contact prolongé du pus, le périoste des côtes finit par s'enflammer, se détruire ; il

en résulte une carie et une nécrose. C'est la troisième étape de la maladie ; tout lui est rapporté ; l'effet devient cause et l'esprit se repose satisfait . » Et Leplat conclut :

1° Les inflammations de la plèvre, au lieu de se limiter sur le tissu primitivement envahi, ont des retentissements morbides sur les tissus environnants et sont causes, dans certaines circonstances, des abcès chauds ou froids des parois thoraciques.

2° La carie et la nécrose des côtes sont vraisemblablement, trop volontiers, invoquées comme origine des abcès pariétaux. Ces propositions sont prouvées par l'étude de plus de trente observations. »

On voit donc, d'après l'analyse que nous venons de donner, qu'il n'est point exact de prétendre, avec quelques écrivains didactiques, que Leplat ait voulu généraliser sa théorie. Ce chirurgien s'appliqua seulement à démontrer qu'un certain nombre d'abcès thoraciques étaient imputables, non à une altération costale, mais à une lésion pleurale antérieure.

A peu près à la même époque, on s'était attaché à établir la même distinction en Allemagne. — Wunderlich, Billroth, y insistent. Néanmoins, la manière de voir de Leplat et celle des chirurgiens allemands ne sont pas exactement superposables. Wunderlich crée le mot de péripleurite et étudie sous ce terme (après Woillez d'ailleurs) des abcès, à évolution chaude ou froide, qui se collectent entre la plèvre et la paroi costale, mais indépendants de toute pleurésie antérieure. Cependant, si l'on vient à analyser l'observation principale de Wunderlich, on voit que l'abcès est survenu consécutivement à une dilatation bron-

chique et à une pleurésie chronique. Billrot étudie des faits analogues sous le nom de péripleurite « absédante » ; il insiste sur l'état des côtes, qui sont soit saines, soit dénudées seulement d'une façon secondaire. A la vérité, la filiation des accidents, telle que l'avait établie Leplat, est plus facile à comprendre. Elle satisfait mieux l'esprit et nous la voyons d'ailleurs défendue par Caspari et Fürbringer.

Vers 1865, ces collections, dites parfois abcès de Leplat, sont couramment acceptées et décrites. Mais bientôt la question va changer de face. Tandis qu'en Allemagne, la péripleurite continue à être acceptée, prend placé à côté des abcès d'origine osseuse, fait de la part de Bartels et d'Israel l'objet d'un intéressant mémoire et de judicieuses observations, nous voyons, en France, les abcès de Boyer et de Leplat tomber dans l'oubli ; ils sont presque rayés du cadre nosologique. Nous sommes à l'époque où voient le jour les travaux de Gaujot, de ses élèves Choné et Bousquet. On localise d'une façon à peu près exclusive le siège primitif des abcès thoraciques dans la couche externe du périoste. La plupart des thèses, soutenues à cette époque sur ce sujet, portent le titre d'abcès froids consécutifs à des périostites chroniques externes (Bousquet), d'abcès périostiques du thorax (Pichon). Le professeur Duplay se fait le défenseur ardent de ces idées ; dans sa leçon clinique bien connue, il divise les suppurations froides de la paroi thoracique en :

1° abcès froids du tissu cellulaire ou des ganglions axillaires ;

2° abcès périostiques, se développant autour des côtes, aux dépens d'une altération de la face externe du périoste ;

3° abcès ossifluents, dûs à une lésion profonde des os.

Ce serait allonger sans profit cette étude historique que de montrer les transformations subies par cette question des abcès périostiques, la démonstration de la nature tuberculeuse de l'affection (Kiener et Poulet), enfin la substitution de l'ostéite tuberculeuse à la notion de la périostite tuberculeuse. « Aujourd'hui, écrit M. Peyrot, la description de la périostite tuberculeuse externe, telle que nous le trouvons dans Duplay, paraît bien difficile à accepter. Il est infiniment probable que la lésion tuberculeuse commence presque toujours par les couches superficielles de l'os et qu'elle se propage de là au périoste. La lésion osseuse peut rester cachée ; elle ne peut se manifester que par une dénudation très peu étendue qu'un examen très superficiel ne peut pas découvrir ; mais, en somme, tous les degrés se rencontrent, depuis une lésion osseuse imperceptible jusqu'à une dénudation étendue, et il n'y a vraiment pas lieu de maintenir la distinction entre les abcès par périostite et les abcès par congestion d'origine costale ».

Peu importe d'ailleurs. Ce qui est certain et bien prouvé, c'est que, jusqu'à une époque récente, tous les auteurs rapportent l'origine de l'abcès froid thoracique à une lésion du système osseux. Les preuves ne manquent pas. Voici Bonnel qui en 1891, conclut dans sa thèse : « Les abcès thoraciques ont toujours, à quelques exceptions près, un point de départ osseux. » Voici Bonnaud, écrivant en 1892 : « Les abcès froids des parois thoraciques sont de deux ordres ; les uns tiennent à une tuberculose du tissu cellulaire ; les autres, plus fréquents, à

une lésion osseuse. » Dayot, dans un bon mémoire, Maheu, dans sa thèse, aboutissent à des conclusions identiques. Dans leur excellent manuel, M. le Professeur Terrier, MM. Hartmann et Broca, traduisent l'opinion courante, lorsqu'ils écrivent : « Dans ces dernières années, on a reconnu qu'en somme il s'agissait presque toujours de tuberculose osseuse..... Quelquefois il existe de la pleurésie purulente enkystée ; on s'est appuyé sur ces faits pour attribuer à ces abcès une origine pleurale, ce qui est aujourd'hui reconnu erroné. ».

Ce n'est pas à dire cependant que les faits, observés par Leplat, n'aient frappé quelques chirurgiens.

C'est ainsi que le professeur Duplay dit : « Peut-être aussi l'étiologie invoquée par M. Leplat est-elle applicable au développement de cette périostite : le tiraillement d'adhérentes pleurales anciennes n'est peut-être pas étranger à l'irritation subie par la couche superficielle du périoste. — Dayot, lui aussi, s'appuyant sur le fait que la tuberculose touche d'abord la face interne de l'arc costal, écrit : « En présence de cette singulière marche du processus anatomo-pathologique, je suis un peu porté à me demander si Leplat n'a pas eu raison d'incriminer la pleurésie, si souvent fonction de tuberculose, lorsqu'il lui a fait jouer un rôle important dans la genèse des abcès froids thoraciques. » Et, malgré cette judicieuse observation, Dayot, dont Maheu n'a fait que copier textuellement les conclusions, ne trouve pour terminer son mémoire que cette phrase, résumant sa pensée au point de vue anatomique : « Les abcès froids thoraciques relèvent au moins aussi fréquemment, pour ne pas dire

toujours, de l'ostéite tuberculeuse costale que de la périostite externe ».

Dans toute cette période contemporaine, les abcès de Leplat sont donc, pour ainsi dire, oubliés : nous ne trouvons à citer ici qu'une courte communication de M. Sabbattier « sur les abcès froids tuberculeux thoraciques à propos de la variété sous-pleurale », la thèse d'Auclert soutenue à Lyon « sur les abcès à forme pseudo-pleurétique ». Mais la question revient à l'ordre de jour avec l'important travail de M. Souligoux. Cet auteur, par de nombreux faits, prouve, qu'à côté des abcès froids thoraciques imputables à une altération osseuse, il en est d'autres, sans doute plus fréquents qu'on ne le pense, qui dépendent d'une lésion pleurale primitive. Dans une clinique récente, M. le Professeur Tillaux a également insisté sur le bien fondé d'une semblable distinction. A notre tour, nous voudrions essayer d'établir la réalité des abcès froids thoraciques d'origine pleurale, en apportant à l'appui de notre opinion des preuves anatomiques, des preuves pathogéniques et quelques preuves cliniques.

Si nous jetons maintenant un rapide coup d'œil sur l'histoire générale des abcès froids du thorax, nous voyons qu'indépendamment des abcès du tissu cellulaire, des abcès ganglionnaires (aisselle) et des vrais abcès migrateurs, qui ne sont contestés par personne, on rapporte à des origines variées la formation des autres collections tuberculeuses de la paroi pectorale.

En Angleterre, la question a été peu étudiée : nous ne trouvons guère à citer que les noms de Crisp, Gibb et Evans, qui tous penchent vers l'origine osseuse.

En Allemagne, la théorie de l'ostéite tuberculeuse règne également en maîtresse ; cependant l'origine pleurale n'est point oubliée. Dans leurs traités didactiques, Koenig et Riedinger consacrent de courts chapitres aux péripleurites tuberculeuses avec abcès.

En France enfin, les abcès froids thoraciques sont d'abord, avec Ménière, Dance, considérés comme indépendants de toute lésion costale. Boyer vient ensuite, admettant à la fois des abcès ostéopathiques et des abcès indépendants d'une altération du squelette. Ces derniers, niés par Gerdy, revivent avec Leplat, qui montre leur relation avec les pleurésies antérieures. Bientôt la théorie osseuse est seule admise jusqu'à une époque récente, à laquelle M. Souligoux reprend les opinions anciennes, les rectifie ou les complète

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Les abcès froids d'origine primitivement pleurale évoluent le plus souvent de la façon suivante, si nous nous en rapportons à l'analyse des observations et aux comptes rendus nécropsiques. Ils débutent dans le tissu cellulaire intermédiaire à la plèvre pariétale et aux côtes, s'étendent plus ou moins dans l'intérieur même de la cage thoracique, ou plus exactement dans l'espace sous-pleural, puis viennent, à un moment donné, faire irruption hors de la cavité qu'ils occupent primitivement. Ils s'ouvrent très exceptionnellement dans les voies respiratoires ; en général, ils tendent à sortir de la poitrine et à apparaître sur les parois de celle-ci en des points que nous préciserons dans un instant. D'après ce qui précède, on comprend que les différents paragraphes de notre chapitre anatomique soient assez nombreux et complexes. Aussi, pour plus de clarté dans l'exposition qui suit, adopterons-nous l'ordre suivant : Nous étudierons d'abord l'abcès sous-pleural en lui-même ; puis nous, indiquerons l'état des organes voisins, en particulier de la plèvre, du poumon et du gril costal. Nous

montrerons ensuite les voies que suit le pus pour s'éliminer, c'est-à-dire le mode de propagation de l'abcès. Enfin, nous fondant sur cette description, déduite des autopsies et des observations cliniques, nous essaierons d'établir, à l'aide de preuves anatomiques, la réalité de l'existence des abcès froids d'origine primitivement pleurale et de les opposer à ceux qui dépendent d'une lésion osseuse.

A. Etude de l'abcès froid sous-pleural.

Siège. — Les abcès froids sous-pleuraux semblent occuper un peu plus souvent le côté droit de la poitrine. C'est ainsi, que, sur les quinze cas dont nous relatons l'histoire, nous trouvons huit abcès du côté droit pour six siégeant à gauche. Une fois le côté malade n'est pas indiqué. Cependant nous ne voudrions pas de notre petite statistique déduire des conclusions, que démentiront peut-être des recherches plus complètes.

Nombre. — Ordinairement l'abcès est unilatéral ; cependant on peut en rencontrer qui occupent à la fois les deux moitiés de la cage thoracique.

Lorsque la collection est limitée à un seul côté, il ne faut pas croire qu'elle soit toujours unique dès le début. Riedinger représente plusieurs abcès, occupant simultanément l'espace intermédiaire à la plèvre pariétale et à la paroi costale. Cette multiplicité au début, ce mode de naissance par plusieurs petits foyers disséminés, est sans doute la règle, au moins pour les abcès de cause lymphangitique ou périlymphangitique.

Volume. — Généralement petit à son début, l'abcès sous-pleural acquiert, d'habitude, lorsqu'il existe depuis un certain temps, un volume assez notable. Il peut occuper en hauteur près de la moitié de la cavité thoracique et, dans le sens transversal, s'étendre, par exemple, depuis le bord du sternum jusqu'à l'angle des côtes. Ceci est bien en rapport avec l'opinion de Koenig. Ce chirurgien estime que, dans tous les tissus sous-séreux, les foyers purulents trouvent des conditions très favorables à leur propagation, soit par le fait de l'extension progressive de l'infection purulente à de nouvelles portions du tissu conjonctif, soit en raison de la pression hydrostatique, produisant un décollement de la membrane séreuse.

Configuration intérieure. Contenu et paroi de l'abcès. — Ces collections sous-pleurales présentent une configuration intérieure, au sujet de laquelle il n'y a pas grand chose à spécifier. En effet, elles ont la structure habituelle des abcès froids que M. le Professeur Lannelongue a si bien étudiée. Elles renferment parfois un pus grumeleux et clair, quelquefois du sang altéré ou un liquide brunâtre. Mais, bien plus généralement, le contenu a nettement l'aspect des produits tuberculeux : il consiste en masses pultacées, en flocons épais, en débris calcifiés, en fongosités, et c'est là une particularité essentielle à retenir au point de vue de la cure de ces abcès.

Un autre point est non moins capital ; c'est le suivant : Il est tout à fait rare que le foyer soit simple, qu'il n'existe qu'une cavité unique. Presque constamment, celle-ci est subdivisée en des loges plus ou moins nom-

breuses, plus ou moins isolées, par des cloisons complètes ou incomplètes. Ces loges ne communiquent parfois entre elles que par des pertuis plus ou moins étroits, de dimensions ordinairement minimales et ne permettant pas facilement le passage du pus et des fongosités d'une poche dans l'autre. Ces pertuis sont le plus souvent placés dans une paroi fibreuse, et sont assez difficiles à reconnaître. Il ne faut point les laisser passer inaperçus ; car, faute de les découvrir, on peut négliger une poche, qui continue à entretenir la suppuration et entrave la guérison. Ainsi, dans notre observation I, on aperçut d'abord, après résection du deuxième archondrocostal, un seul foyer prépleural. En l'inspectant minutieusement, on constata, à la partie inféro-externe, un minime orifice, qui conduisait dans une deuxième cavité, placée en dehors et en arrière de la première. Chez le malade (observation V) opéré par M. Poirier, il existait plusieurs pertuis semblables, remplis de fongosités.

La cavité de l'abcès sous-pleural est donc inégale, anfractueuse, munie de diverticules. La paroi elle-même offre d'habitude, abstraction faite des cloisons qui en partent, un aspect tomenteux, vilieux, mamelonné, aréolaire ; souvent elle est recouverte, surtout en dedans, d'arborisations vasculaires. Cette paroi est fibreuse, résistante ; elle s'accroît comme la membrane des abcès froids, c'est-à-dire par régression des couches internes et processus de néoformation dans les couches périphériques. Cette paroi dense est immédiatement adjacente et adhérente aux véritables éléments qui limitent, en dedans et en dehors, la collection tuberculeuse, c'est à la plèvre et au gril costal.

La plèvre pariétale est toujours fortement épaissie, parfois même infiltrée d'éléments cartilagineux (Oulmont), et séparée sur une certaine étendue de la paroi thoracique, Elle est parfois (obs V) creusée de véritables petits canaux Quant aux côtes et aux espaces intercostaux, nous dirons seulement pour l'instant qu'ils peuvent dans quelques cas (obs. VIII et XV) être proéminents, refoulés vers l'extérieur. Nous aurons plus loin à revenir sur les lésions que présentent ces divers organes.

B. Evolution des abcès sous-pleuraux.

Ces abcès peuvent se propager, soit en dedans, soit en dehors. Souvent, on rencontre des diverticules intercostaux, s'étendant sur une longueur variable, disséquant les muscle intercostaux eux-mêmes et se propageant avec prédilection le long des vaisseaux de l'espace. Mais il est rare qu'ils restent confinés dans l'intérieur de la cage thoracique, plus exceptionnel encore de les voir se faire jour vers la profondeur, soit dans la cavité pleurale incomplètement oblitérée, soit dans les bronches ou le poumon. On compte les faits de ce genre ; je ne les relaterai pas ici, car ils sont rapportés par les auteurs (Banks, Möller) à des collections consécutives à une ostéite ou à une périostite costale.

Presque toujours c'est vers l'extérieur que se portent les abcès sous pleuraux ; ils tendent à apparaître à la périphérie du torax devenant ainsi directement appréciables à la vue et à la palpation. Ils sortent de l'espace intercostal et, suivant leur point d'émergence, occuperont

des sièges variables. Ils peuvent être presque sous-cutanés ; d'autres fois ils sont, et cela est très fréquent, situés en pleine région pectorale supérieure recouverts par les muscles pectoraux, le grand dentelé et le grand dorsal. Il y a un détail intéressant à noter, car il peut induire le clinicien en erreur ; c'est celui qui est relatif à la propagation des abcès antéro-inférieurs. Ceux-ci dépassent parfois le rebord thoracique, fument dans la gaine du grand oblique ou du grand droit et simulent alors un abcès froid de la paroi abdominale.

Il n'y a pas lieu de nous arrêter davantage à ces faits, qui appartiennent tout aussi bien aux abcès thoraciques d'origine osseuse. Mais il y a lieu de se demander 1° à quel niveau, dans le sens vertical, l'abcès sort de l'espace intercostal ; 2° par quel point, dans le sens antéro-postérieur, il en émerge.

La réponse à la première question n'est pas toujours facile, lorsque l'abcès et le trajet de communication acquièrent une notable dimension. Mais souvent aussi, on voit, avec la plus grande netteté, que la collection sort au niveau du bord supérieur de l'espace, c'est-à-dire près du bord inférieur de la côte qui forme la limite supérieure de l'espace sous-jacent. Fréquemment on trouve, à ce niveau, l'os légèrement érodé ou fongueux, atteint, dit-on, de périostite externe. Ce pertuis, dont les dimensions sont souvent exiguës, mène de l'abcès sur-costal ou extrathoracique dans le foyer sous-costal ou endothoracique. S'il occupe ce siège précis, cela tient, suivant les auteurs qui défendent l'origine osseuse constante des abcès dont nous parlons, à des dispositions dans les lésions du sque-

lette. La chose est possible et parfois exacte. Cependant nous devons faire remarquer qu'un stylet, introduit par ce trajet, ne conduit pas toujours sur une côte malade ou vers une dénudation du périoste de la face interne de la côte ; souvent, il aboutit uniquement dans la poche sous-costale, qui est développée dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-pleural. Voilà la vérité ; elle est démontrée par plusieurs de nos observations. C'est pour l'avoir méconnue que beaucoup de chirurgiens, se contentant de réséquer une ou plusieurs côtes, ont eu si souvent des fistules persistantes. Nous donnerons plus loin, au chapitre *Pathogénie*, une explication satisfaisante de ce siège, presque constant, du trajet intermédiaire près du bord inférieur de la côte.

Les abcès peuvent d'ailleurs paraître en tous les points de l'espace, depuis le bord du sternum jusqu'à la colonne vertébrale ; ils ont néanmoins des se d'élection, d'après lesquels on peut les distinguer en antérieurs, latéraux et postérieurs. Les premiers se trouvent au niveau de l'espace perforé antérieur. Les seconds, à peu près aussi communs que les précédents, apparaissent au niveau de l'espace perforé latéral, sur le trajet de la ligne axillaire. Les derniers se montrent près de l'angle des côtes. Explique qui pourra ce siège d'élection, si on admet d'une façon exclusive l'origine osseuse ! On s'en rend, au contraire (voy. *Pathogénie* p. 49), un compte très satisfaisant, en considérant que l'abcès est parfois dû à une altération primitive de la plèvre.

Ils peuvent néanmoins émerger en d'autres points. Mais le fait est tout à fait rare. Il n'existe dans nos ob-

servations absolument aucune exception à la règle que nous venons d'énoncer. Cependant, on comprend qu'à une période avancée de l'affection, le point d'émergence devienne difficile ou impossible à déterminer. D'ailleurs l'abcès s'agrandit en tous sens et peut acquérir, à la fois dans le sens vertical et dans le sens transversal, d'énormes dimensions. Il suffit pour s'en convaincre de jeter un regard sur nos observations V et XIII.

C. État des côtes.

L'état des côtes et de leurs cartilages est fort important à préciser, et nous tenons à l'examiner en détail, en analysant les pièces justificatives qu'on trouvera à la fin de ce travail :

Dans cinq cas (obs. I, III, IV, VI, XV) les côtes et leurs cartilages n'offraient aucune altération. Dans l'observation I, M. le professeur Tillaux a particulièrement examiné la côte et le cartilage réséqués et n'a pu, malgré une grande attention, découvrir la plus minime lésion.

Dans trois cas, tout se réduit à un peu d'épaississement du périoste, au niveau de la face interne. Cet épaississement périostique portait une fois sur une seule côte (obs. II), une fois sur deux (obs. VI) et une fois sur trois côtes (obs. VIII). Dans l'observation IX, il est question d'une périostite de la face interne, dans l'observation VIII, d'une friabilité de la table interne de la côte.

On a trouvé quatre fois une dénudation de la face interne du squelette. Cette dénudation portait une fois sur la huitième côte seule (obs. XI), une fois sur les sep-

tième et huitième (obs. X), une fois (obs. XIII) sur les onzième et douzième côtes. Dans l'autopsie de Dayot (obs. XII), la dénudation de 5 millim. au plus, dit l'auteur, siégeait sur la lèvre interne de la gouttière costale.

Enfin, dans deux cas seulement (obs. XIV et obs. V, abcès antérieur) l'arc chondrocostal était le siège d'une fracture spontanée.

De tout ceci résulte que cinq fois sur quinze, le squelette était tout à fait sain. Lorsqu'il est altéré, qu'il s'agisse d'un simple épaissement, d'une dénudation ou d'une fracture, nous trouvons que la lésion porte quatre fois sur une seule côte et six fois sur plusieurs. Cette altération pluricostale est importante à noter ; elle est d'ailleurs constatée et reconnue par beaucoup de chirurgiens, défenseurs de la lésion osseuse primitive. Et Dayot note, après bien d'autres, que « la tuberculose touche d'abord la face profonde de l'arc costal, pour envahir de proche en proche la face superficielle. » Ces deux dernières particularités sont, pour nous, fort importantes au point de vue pathogénique que nous soutenons. Nous aurons plus loin à en faire notre profit.

D. Etat de la plèvre et des poumons.

Leur état n'est pas moins utile à spécifier que celui du squelette.

En dehors de l'épaississement constant déjà mentionné sur la face externe, la plèvre présente des lésions inflammatoires à différents stades de leur évolution. Ce n'est

point l'abcès qui leur donne naissance. Au contraire, elles paraissent tenir la collection purulente sous leur dépendance.

Cette pleurésie, qui est notée dans quatorze des observations que nous avons recueillies, existe, même lorsque les côtes voisines sont absolument saines. Mais parfois elle remonte à une date déjà ancienne, passe inaperçue avec la plus grande facilité, soit à un interrogatoire incomplet, soit en raison des faibles signes stéthoscopiques par lesquels elle se révèle. Le plus souvent, la phlegmasie pleurale remonte à une période assez éloignée ; elle a été généralement accompagnée d'un épanchement séro-fibrineux et a laissé à sa suite des adhérences plus ou moins étendues et plus ou moins résistantes, qui unissent le feuillet pariétal au feuillet pulmonaire. Il est exceptionnel de rencontrer une véritable symphyse pleurale ; dans la majorité des cas, nous sommes en présence d'adhérences localisées, siégeant au niveau ou aux alentours immédiats de l'abcès.

En ne tenant compte que des faits où l'autopsie a pu être pratiquée, voici les constatations qu'on a pu faire.

Dans un cas de Leplat (obs. VII), où le périoste costal n'offrait qu'un léger épaissement, les plèvres pariétale et viscérale étaient intimement unies, sauf à la base où elles étaient séparées par un espace rempli de sérosité louche. Dans la gouttière vertébrale existaient des dépôts blancs et nacrés, atteignant ça et là 2 cent. d'épaisseur. Leplat rapporte un autre fait (obs. VIII) où tout se réduisait à quelques adhérences celluleuses ; dans celui d'Auclert, (obs IX), on ne notait qu'un dépôt caséux sur la face ex-

terne de la plèvre épaissie. Sur le cadavre disséqué par Dayot (obs. XIII), la plèvre épaissie était, au contraire, adhérente au poumon dans toute son étendue. Une symphyse semblable a été rencontrée par Bartels (obs. XV) dans l'autopsie qu'il a pratiquée.

Il est enfin un point fort utile à noter, c'est que, dans toutes les observations, les lésions pleurales occupaient le côté correspondant à l'abcès ; il existe donc, d'une façon incontestable, entre les premières et le second, une relation de cause à effet.

Parfois la plèvre est seule atteinte. Mais, dans d'autres cas aussi, il existe une véritable tuberculose pleuro pulmonaire ; l'organe de la respiration présente des lésions allant depuis la granulation jusqu'à la caverne.

E. Comparaison des abcès froids d'origine osseuse et des abcès d'origine pleurale

Nous avons, dans les lignes précédentes, essayé d'esquisser les caractères anatomiques des abcès froids dépendant d'une lésion primitive de la plèvre. Il nous faut maintenant tenter d'établir l'existence, si contestée, de cette variété de suppuration des parois thoraciques. Pour cela, la comparaison s'impose avec les abcès d'origine osseuse ou périostique.

Si nous consultons les classiques, voici ce que nous apprenons. En dehors des cas, où il relève d'une gomme tuberculeuse du tissu cellulaire superficiel, d'une lésion vertébrale, l'abcès froid thoracique dépend d'une altéra-

tion primitive de l'os (côtes et sternum). Celle-ci débute presque toujours par la face interne de la côte, puis elle gagne le bord inférieur, la côte étant plus ou moins altérée, qu'il y ait vraie ostéite ou seulement périostite tuberculeuse.

L'abcès consécutif à la lésion squelettique se présente sous trois aspects : tantôt il est simplement extrathoracique ; tantôt il n'est qu'intrathoracique ; tantôt il existe deux poches, l'une profonde, sous-costale, et l'autre superficielle, sur-costale. Ils occupent d'ailleurs les trois points d'élection que nous avons indiqués plus haut. D'une façon concomitante ou consécutive, on observe, disent toujours les classiques, des adhérences pleurales, une pleurésie purulente enkystée ou même une vraie tuberculose pulmonaire.

Renversons les termes de ces propositions et nous dirons avec Leplat : « L'enchaînement des phénomènes a commencé par une inflammation de la plèvre ; la pleurite s'est terminée par des adhérences et définitivement, sous l'influence d'un travail inflammatoire latent, le tissu cellulaire extrathoracique s'est lui-même enflammé ; il n'y a pas eu d'ostéite primitive ou consécutive à l'abcès ; par conséquent, il n'y a pas lieu de les invoquer comme causes de la pleurésie ou comme points de départ de l'abcès extérieur. »

Pour nous, précisant davantage, nous ajouterons : La pleurésie, remontant à une époque plus ou moins éloignée, donne naissance, par un mécanisme que nous indiquerons plus loin, à l'abcès sous-pleural, à la poche sous-costale. Celle-ci tend à migrer vers l'extérieur, en laissant

intactes la ou les côtes. Plus souvent, elle altère le squelette comme fait tout abcès tuberculeux. Elle s'attaque d'abord au point de la côte avec laquelle elle se trouve directement en contact, c'est-à-dire à la face interne, puis gagne le bord inférieur, amenant un épaississement du périoste (périosite externe), puis une dénudation de la côte. Elle détermine enfin, si la lésion date d'une période déjà assez longue, une véritable ostéite, pouvant aboutir à la formation de séquestres ou à une fracture spontanée. La poche sort enfin du thorax au niveau de certains endroits, bien déterminés par le trajet des lymphatiques et des vaisseaux, sanguins perforants.

Ainsi la poche sous-costale se constituerait la première. Cela nous paraît la règle. Cependant il n'est pas impossible que l'abcès d'origine pleurale soit exclusivement sur-costal ; mais c'est là un point délicat, sur lequel nous nous expliquerons plus loin (page 49).

Pour l'instant, nous n'avons en vue que les faits d'observation commune. Comparons donc les deux variétés d'abcès thoracique que nous venons d'indiquer.

1^o D'abord l'analyse précise des faits publiés, l'interrogatoire bien conduit démontrent que, dans bien des cas, l'affection pleurale est antérieure et non postérieure à l'apparition du foyer purulent, sans compter qu'elle occupe toujours le côté qui correspondra à celui-ci. Il est donc inexact, avec les partisans de la théorie osseuse, de vouloir toujours considérer les altérations pleurales comme consécutives ou comme concomitantes.

2^o Pourquoi la face interne de la côte est-elle toujours altérée la première et le plus profondément ? Il faut

bien reconnaître qu'avec l'idée d'une périostite ou d'une ostéite primitive, on se rend fort mal compte de cette localisation. On impute parfois comme causes occasionnelles des abcès thoraciques les froissements, les contusions, les traumatismes. Mais ceux-ci portent leur action sur la face superficielle de la paroi thoracique ; pourquoi cette face reste-t-elle indemne, pourquoi offre-t-elle des lésions à ce point minimales que, jusqu'à une époque récente, on n'était pas fixé sur la valeur et la nécessité de la résection costale ?

Si l'on veut bien admettre que la lésion pleurale est la première en date, que la poche endothoracique existe la première, cette particularité du siège de la lésion osseuse ou périostique trouve une explication toute naturelle. Au contact de l'abcès sous-pleural, la côte s'altère d'abord par la face qui en est la plus rapprochée ; la lésion qu'elle offre ne diffère pas de celles qu'on rencontre sur les autres pièces du squelette, placées au contact d'un abcès froid quelconque.

3° Les défenseurs de l'origine costale reconnaissent eux-mêmes que la périostite externe, la dénudation osseuse, l'ostéite tuberculeuse proprement dite sont rarement confinées à une seule côte ; souvent au cours de l'intervention, on constate une altération portant sur 2, 3 arcs chondrocostaux et même davantage. Quoi d'étonnant à cela, si l'on tient compte des faits que nous venons d'indiquer ! Il serait curieux, au contraire, de voir que l'ostéite tuberculeuse primitive fût « pluriosseuse », lorsqu'elle frappe les côtes ; ces os feraient alors à la règle générale une exception difficile à expliquer.

4° Il est assez commun de voir une poche endothoracique volumineuse, coïncidant avec un foyer sur-costal, relativement bien plus réduit dans ses dimensions. Beaucoup d'auteurs, Dayot par exemple dans son excellent mémoire, ont été frappés par cette particularité et auraient dû être mis sur la voie de la vraie pathogénie, applicable à un certain nombre d'abcès froids du thorax. Cette localisation se comprend à la rigueur, même si on met ceux-ci sur le compte d'une lésion osseuse primitive; mais il faut avouer qu'elle s'explique d'une façon bien plus satisfaisante avec l'hypothèse d'une collection née et d'abord développée contre la face externe de la plèvre pariétale.

5° Dans sa thèse, M. Souligoux insiste, à plusieurs reprises, sur ce fait que, dans bien des cas, les lésions costales sont peu marquées en comparaison de celles de la plèvre. Il s'étonne qu'on attribue, sans plus de façon, à la dénudation parfois minime d'une côte, la formation d'une vaste poche à la face profonde de la cage thoracique.

Nous ne méconnaissons pas la valeur de cet argument, mais il faut cependant avouer qu'il n'est pas de nature à entraîner la conviction. Ne sait-on pas, en effet, que de vastes abcès par congestion peuvent succéder parfois à une lésion assez peu appréciable, des vertèbres, de l'os iliaque, du grand trochanter?

Nous n'attachons donc, pour notre part, qu'une signification faible à l'assertion de M. Souligoux. Mais, par contre, il est un fait capital, c'est que, dans bien des cas, où l'on se croyait cliniquement en présence d'un abcès

ostéopathique du thorax, on n'a trouvé, à l'autopsie ou au cours de l'intervention, aucune lésion osseuse. J'ai cité plus haut des faits où l'examen le plus minutieux, pratiqué par des hommes compétents, n'a permis de découvrir la plus minime altération, même pas un épaississement du périoste, une dénudation ou une friabilité spéciale de la côte.

Voilà, pensons-nous, suffisamment de preuves anatomiques à l'appui de l'opinion que nous défendons. Donc, réhabilitant en partie les opinions anciennes, nous estimons, avec Leplat et M. Souligoux, que bon nombre d'abcès froids thoraciques ont été mal interprétés au point de vue de la filiation des accidents et qu'on a considéré l'effet comme la cause.

Aussi, résumant tout ce chapitre, nous dirons que, de par l'anatomie pathologique, on doit, en dehors des abcès froids d'origine vertébrale, des abcès froids du tissu cellulaire (gomme tuberculeuse), des abcès froids consécutifs à une lésion sternale, chondrale ou costale, réserver une part, plus large qu'on ne l'a faite jusqu'à ce jour, à ceux qui dépendent d'une lésion primitivement pleurale. Avec une semblable étiologie, on peut expliquer, très naturellement, un grand nombre de particularités dont l'interprétation reste fort obscure, si l'on veut s'en tenir, d'une façon exclusive, à la théorie osseuse.

CHAPITRE III

Etiologie

Nous ne saurions, avec les quelques documents dont nous disposons, tracer d'une façon complète les conditions étiologiques des abcès froids thoraciques d'origine pleurale.

Voici seulement les renseignements que nous sommes autorisé à consigner ici.

A. Causes prédisposantes -- Les auteurs signalent, parmi les facteurs, prédisposant aux suppurations froides du thorax, le sexe masculin. Nos faits ne font pas exception à cette règle. En effet, nous ne trouvons que 2 femmes pour 12 hommes.

L'âge paraît être assez indifférent. Le plus jeune des malades avait 9 ans, le plus âgé 53 ans. Il semble toutefois que les hommes encore jeunes paient à l'affection le plus large tribut.

En effet, sur 12 hommes, il en est 7 dont l'âge oscille entre 20 et 30 ans. Passé 50 ans, l'affection paraît devenir plus rare.

Peu de chose aussi à dire de la profession ; les malades, dont nous relatons plus bas l'histoire, exercent les

métiers les plus divers : domestique, cocher, garçon de marchand de vin, typographe, ménagère, etc. Il semble toutefois que les professions qui nécessitent des fatigues corporelles et un travail physique considérable exposent davantage à l'éclosion de l'affection. Les militaires ne sont certainement pas plus prédisposés que les civils.

B. Causes occasionnelles. — Parfois l'abcès, suite de pleurite, se déclare sans cause occasionnelle appréciable ; exceptionnellement on l'a vu se montrer à la suite d'un traumatisme. Plus souvent, il faut incriminer le surmenage ou des habitudes d'éthylisme. Il en était ainsi chez notre jeune garçon marchand de vin (obs. 1), qui se couchait tous les jours à 2 heures du matin et était debout à huit heures.

Cependant il est bon de noter que l'affection se montre au moins aussi souvent chez des individus vigoureux, paraissant jouir d'une bonne santé, que chez des sujets affaiblis, usés ou manifestement tuberculeux.

Ménière incriminait comme cause occasionnelle principale les ébranlements des parois du thorax par les secousses de toux.

C. Causes déterminantes. — Nous admettons comme démontré que les abcès froids thoraciques tels qu'on les observe ordinairement, sont d'essence tuberculeuse, et nous considérons que la pleurésie est à peu près toujours une manifestation bacillaire. Cette dernière proposition, encore contestée par quelques médecins, gagne de plus en plus de terrain.

Cependant les abcès froids qui nous occupent n'éclatent qu'assez rarement chez des tuberculeux avérés ; ainsi au cours d'une pleuro-pneumonie spécifique (Obs. VII). Souvent, on note dans les antécédents une grippe (obs. III) une bronchite unilatérale (obs. II) et par conséquent suspecte, des hémoptysies remontant à 4, à 11, à 15 ans. (Obs. V, VI, XIII). Il est probable que, même dans ces cas, l'autopsie, si elle eût été pratiquée, aurait révélé l'existence d'adhérences pleurales, suffisantes pour rendre compte de la localisation de l'abcès dans l'espace sous costal.

Le plus souvent toutefois, (9 fois sur 14) les malades accusent une pleurésie antérieure des plus caractérisées et qu'il est aisé de déceler par un interrogatoire soigné. En effet, il ne faut pas toujours se fier aux signes stéthoscopiques concomitants.

Il est même un caractère très essentiel, éminemment vrai, sur lequel Leplat a déjà insisté avec raison (voyez page 12), c'est que la pleurésie est parfois totalement guérie quand l'abcès se montre. En général, celui-ci apparaît lorsque la lésion pleurale est presque oubliée. Une seule fois seulement, la collection purulente a attiré l'attention, alors que l'inflammation de la séreuse pulmonaire était encore en voie d'évolution (obs. XI). Une autre fois, elle n'était guérie que depuis 4 mois (obs. VIII). Presque toujours, le malade n'y pense plus ; elle remonte à un an, deux ans, trois ans et même davantage (obs. I, IV, IX, X, XIV). C'est là un caractère important et qu'il ne faut pas négliger en clinique, si l'on ne veut s'exposer à commettre une erreur pathogénique. On peut donc dire

que les abcès froids sont des complications tardives de la pleurésie, existant seules ou associées à une tuberculeuse pulmonaire.

Mais comment se développent-ils? Malle et Boyer croyaient à la formation de gommes tuberculeuses dans le tissu cellulaire sous-pleural. Nous avons dit plus haut que, pour Ménière, ils surviennent à la suite de violents efforts, de secousses de toux, déterminés par une phlegmasie de la plèvre ou du poumon. Suivant Legrand, il y a, à la suite de la pleurésie, formation de fausses membranes. Les adhérences elles-mêmes résistent ou se brisent. Enfin le tissu cellulaire sous-pleural lui-même, tirailé, déchiré, s'enflamme et ainsi l'abcès se constitue.

Cette inflammation, connue de la plupart des chirurgiens et des médecins du début de ce siècle, ne pouvait se produire suivant eux, qu'à la faveur d'une solution de continuité de la plèvre. Leplat le premier a bien démontré que la pleurésie peut être cause d'abcès sans ulcération préalable de la séreuse pulmonaire.

D'ailleurs Roux et Bérard, dans le dictionnaire en 30 volumes, avaient déjà écrit: « Il est une cause d'abcès sur laquelle nous désirons appeler l'attention : un tissu, un organe quelconque est enflammé, l'irritation se propage au tissu cellulaire environnant, qui s'enflamme à son tour, et telle est la facilité avec laquelle la suppuration s'établit dans le tissu cellulaire qu'une partie qui n'a été affectée que secondairement et par continuité devient le siège d'un abcès, alors que l'inflammation primitive se termine par résolution ».

Cette phrase peut s'appliquer aux abcès froids thora-

ciques d'origine pleurale. Voyons maintenant, comment avec les données modernes, nous pouvons les interpréter.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Voici à peu près en quels termes s'exprimait Leplat en 1865, dans son mémoire, qui vise à la fois les abcès chauds et les abcès froids: Le mode de formation des abcès de voisinage dans la pleurésie se fait de deux façons différentes: ou bien le travail de suppuration commence dans le tissu cellulaire sous-pleural et n'apparaît à l'extérieur que secondairement. C'est le premier mode d'évolution. Ou bien l'influence de la pleurésie agit à plus longue portée et l'abcès est primitivement extrapleurale. C'est le deuxième mode d'évolution.

Quant au mécanisme, qui permet à l'abcès d'apparaître à la surface, voici comment Leplat l'explique: « La face interne des côtes est immédiatement sous-jacente à la plèvre; l'irritation de celle-ci est transmise directement au périoste; il en résulte des épaissements par la prolifération du tissu connectif ou par l'organisation d'un produit plastique, sécrété entre l'os et sa membrane d'enveloppe. Cette inflammation n'aboutit pas toujours à la formation d'ostéophytes, mais quelquefois à la suppuration. Le périoste s'enflamme donc et s'hypertrophie. Comme la plèvre, centre primitif de rayonnement inflammatoire, le périoste devient à son tour un centre

de rayonnement, d'où proviennent les phlegmasies et les abcès ».

Nous voyons, en effet, que le mécanisme invoqué par Leplat est parfaitement admissible pour un bon nombre de cas. Mais, lorsque le squelette reste sain, il n'est plus défendable. Il faut alors rechercher d'autres modes pathogéniques à la suppuration de la paroi thoracique. Ce sont ces modes pathogéniques qui ont particulièrement attiré l'attention de M. Souligoux et ont fait de sa part l'objet d'intéressantes recherches.

Nous ne pouvons que nous rallier aux idées qu'il soutient. Nous le faisons avec d'autant plus de confiance qu'elles ont reçu l'approbation de M. le Professeur Tillaux.

Pour comprendre cette pathogénie, il importe tout d'abord d'exposer l'état du feuillet pariétal de la plèvre dans la pleurésie séro-fibrineuse (forme de pleurésie qui, ici, nous intéresse tout spécialement). Ce point a été fort bien étudié par Kelsch et Vaillard, puis par Péron.

Voici ce que disent Kelsch et Vaillard : « La plèvre proprement dite est sensiblement épaissie, sillonnée d'un nombre assez considérable de cellules migratrices, mais exempte d'altérations spécifiques ; à sa limite interne, elle se confond graduellement avec la néo-membrane. Le tissu fondamental qui la constitue apparaît fibroïde dans les parties profondes et amorphe dans les couches superficielles ; il est parsemé de cellules migratrices, d'éléments vaso-formateurs, de vaisseaux en voie de développement ou déjà formés, mais à parois embryonnaires. Ces derniers sont surtout abondants vers la sur-

face. Dans la partie profonde de la néo-membrane, existent des nodules tuberculeux disposés en une couche régulière, non interrompue, d'un tiers à un quart de millim. d'épaisseur. Bien que contigus et souvent pressés les uns contre les autres, les follicules tuberculeux restent individuellement distincts, laissant voir çà et là des vaisseaux en voie d'oblitération qui s'insinuent entre eux sans les pénétrer. Plus ou moins dégénérés, ils sont représentés en général par des masses granuleuses ou granulo-vitreuses, envahies par un tissu fibreux ; exceptionnellement on y rencontre une cellule géante ou des éléments cellulaires distincts. »

De son côté, Péron, dans la thèse remarquable qu'il vient de soutenir, écrit : « Au-dessous du tissu fondamental de la plèvre pariétale épaissie, repose une couche souvent très régulière de follicules tuberculeux ; ceux-ci se rapprochent de la granulation tuberculeuse type. Petit centre caséeux, cellules géantes assez nombreuses, cellules épithélioïdes au pourtour, zone de tissu fibreux entourant l'ensemble de la granulation, tel est l'aspect sous lequel se présente le tubercule sur la plèvre intercostale. Cependant ce n'est point une règle absolue. Il y a souvent des places où toute formation tuberculeuse manque. Elles sont alors remplacées par un tissu conjonctivo-vasculaire entièrement organisé, qui va de la membrane fondamentale de la plèvre à la pseudo membrane ».

Plus loin, Péron étudie les lésions de l'espace intercostal : « Si la membrane fondamentale épaissie sert en quelque sorte de limite, d'arrêt aux évolutions tuber-

culeuses de la plèvre, ce n'est point cependant une règle absolue. Nous avons vu parfois, dans le tissu cellulaire sous-jacent, des amas leucocytiques, probablement inclus primitivement dans les voies lymphatiques de l'espace intercostal, diffuser et s'étaler entre les faisceaux des muscles intercostaux. »

Ces amas leucocytiques, habituellement, ne renferment pas de bacilles. Mais parfois, dans leur centre, on peut en rencontrer quelques-uns. A leur voisinage, le muscle s'atrophie, se cirrhose en quelque sorte. Les fibres diminuent de volume et le tissu conjonctif interfasciculaire apparaît sous forme d'anneaux serrés entourant les fibres isolées. Ces figures sont plus accentuées dans les cas d'infection tuberculeuse grave des séreuses. Les tubercules sous-séreux sont d'autant plus marqués que cette infection est plus sévère ».

Nous avons tenu à citer tout au long l'opinion des auteurs compétents sur cet état de la face externe de la plèvre pariétale et de la couche celluleuse sous-séreuse. Cet état est capital en effet pour nous rendre compte de la naissance des abcès thoraciques que nous étudions ici. Pour accumuler de nouvelles preuves, nous rapporterons encore ici deux autopsies, pratiquées par Kelsch et Vaillard sur des malades atteints de pleurésie ancienne, morts de méningite tuberculeuse.

Dans la première, nous notons les particularités suivantes : La cavité pleurale est oblitérée dans toute son étendue et le poumon rattaché à la paroi thoracique et au diaphragme par des adhérences d'une extrême solidité.

Les feuillets de la séreuse sont, en effet, confondus en

une masse fibrineuse, dure, coriace, presque cartilagineuse, dont l'épaisseur varie, suivant les points, de 6 mill à 2 cent. Le tissu crie sous le couteau ; sa coupe présente un aspect lardacé et une coloration blanc grisâtre, sur laquelle tranchent des masses nodulaires jaunes, d'apparence caséuse. Les plus confluentes siègent dans la partie correspondante à la plèvre pariétale ; elles forment *une bande presque continue large de 2 à 3 mill. séparée des muscles intercostaux par un liseré fibroïde, au milieu duquel on distingue un semis de granulations miliaires, grises et transparentes.*

Le seconde autopsie est peut-être encore plus importante. C'est celle d'un jeune homme de 22 ans, entré au Val-de-Grâce le 8 mars 1886 pour une pleurésie et mort d'une méningite le 16 avril de la même année.

La plèvre ne renferme pas de liquide et les deux feuillets sont unis par des adhérences molles. La plèvre pulmonaire présente à peu près son épaisseur normale. Elle est recouverte d'un exsudat fibrineux lamelliforme, au-dessous duquel la séreuse apparaît hypertrophiée, parsemée de granulations grises, translucides, à peine appréciables à l'œil nu. La plèvre pariétale, plus épaissie que la précédente, est également tapissée d'un mince exsudat fibrineux réticulé. Sur la coupe, sa partie moyenne présente une infiltration presque ininterrompue de tubercules très petits et très serrés, les uns gris ou transparents, les autres jaunes ou opaques. *A sa face externe, on voit un grand nombre de nodules miliaires gris, qui se retrouvent également sur le périoste de quelques côtes.*

Nous avons, dans les lignes qui précèdent, exposé les

lésions qu'offrent la plèvre pariétale et le tissu cellulaire sous-jacent, lésions qui ne régressent pas nécessairement, lorsque l'inflammation de la séreuse suit une marche favorable. Elles peuvent, au contraire, continuer leur évolution et devenir le point de départ d'un abcès.

Mais ce n'est pas tout. Ces lésions, comme toute lésion tuberculeuse en un autre point de l'économie, retentissent aisément sur le système lymphatique. Andral et Cruveilhier ont les premiers montré ces granulations, qui s'étendent parfois jusqu'au ganglion lymphatique le plus proche. MM. Hérard, Cornil et Hanot dans leur *Traité de la phtisie pulmonaire* insistent beaucoup sur cette tuberculisation secondaire des ganglions. M. Colin a pu « sur les animaux inoculés, suivre la propagation du tubercule par les lymphatiques à partir du lieu d'inoculation », et Péron, dans ses recherches sur la pleurésie expérimentale chez le chien, a montré le grand rôle joué par le système des vaisseaux blancs dans la dissémination et la généralisation de la tuberculose.

La plèvre n'échappe donc pas à la règle générale. Elle possède d'ailleurs des lymphatiques, étudiés surtout par Portal, Dybkowsky, Jarjavay, M. Souligoux. En ce qui concerne spécialement ceux de la plèvre pariétale, ils communiquent avec ceux du diaphragme, du péricarde et surtout des espaces intercostaux.

Les ganglions intercostaux forment trois groupes :
a) Groupe antérieur, occupant les fosses présternales. Il est constitué par des ganglions, qui accompagnent les vaisseaux mammaires internes et qui sont connus sous le nom de ganglions mammaires internes ou présternaux,

b) Groupe postérieur. Il est représenté par les ganglions dits prévertébraux, placés en avant de la tête des côtes.

c) Groupe latéral. Ce sont les petits ganglions intercostaux, situés entre les deux muscles de l'espace.

Quant aux lymphatiques intercostaux, voici, suivant M. Souligoux, quelle est leur disposition : « Nés des parois de la poitrine et de la plèvre costale, ils accompagnent les vaisseaux sanguins dans chaque espace. Les ganglions mammaires internes reçoivent les vaisseaux du muscle droit de l'abdomen, de la partie antérieure du diaphragme, des espaces intercostaux, de la mamelle et de la plèvre. Les ganglions latéraux reçoivent les lymphatiques des parois latérales du thorax, qui passent au travers des trous perforés latéraux et se continuent, après avoir traversé les glandes, avec les lymphatiques antérieurs et postérieurs, aboutissant en fin de compte, aux ganglions mammaires internes et prévertébraux. Ces derniers reçoivent les vaisseaux provenant du canal rachidien, des muscles vertébraux, de la paroi interne du thorax et du diaphragme.....

Cloquet, enfin, signale les vaisseaux qui, venus du thorax, vont se jeter dans les ganglions axillaires, ce dont il est facile de se rendre compte en injectant la paroi thoracique. Cela nous explique pourquoi il est assez fréquent de voir les ganglions axillaires indurés et augmentés de volume, suppurés quelquefois dans le cas de pleurésie et il est probable, si l'on s'en inquiétait davantage, que les cas d'adénites axillaires d'origine pleuro-pulmonaire deviendraient plus nombreux. »

Nous devons ajouter ici un point fort intéressant, relatif à la vascularisation des adhérences pleuralès. Entrevue par Schroeder van der Kolk, elle a spécialement été étudiée par M. Souligoux. Celui-ci est parvenu plusieurs fois à voir des vaisseaux absorbants, qui occupaient les adhérences pleuro-pulmonaires et pleuro-pariétales ; ils gagnaient la paroi costale et se réunissaient aux lymphatiques intercostaux.

Nous sommes à présent en mesure de comprendre et d'expliquer la pathogénie des abcès froids thoraciques d'origine primitivement pleurale.

Ils naissent de plusieurs façons différentes :

1° Dans une première variété de faits, il y a lieu de classer ceux dans lesquels l'abcès se développe aux dépens des tubercules sous-séreux que nous avons mentionnés plus haut. Nous avons montré que le feuillet pariétal de la plèvre renferme des follicules tuberculeux, offrant au centre une ou plusieurs cellules géantes, puis une zone intermédiaire de cellules en voie de dégénérescence, enfin une bordure périphérique d'éléments embryonnaires. N'est-ce point là un véritable abcès froid en miniature ? Celui-ci s'accroît suivant le processus général de ces collections, si bien étudié par Köster, Friedländer, MM. les Professeurs Cornil et Lannelongue. Ce tuberculome se développe donc d'emblée dans le tissu cellulaire sous-pleural. A mesure qu'il progresse, il réagit sur les organes qui sont placés à son contact. Ainsi la plèvre s'épaissit et prend cet aspect fibreux, cette résistance qui, en général, barrent la route à la migration du pus vers la partie centrale de la cage thoracique. Le périoste, le tissu osseux, les muscles au

contraire sont envahis par ces trainées tuberculeuses dont parle Péron ; on comprend ainsi que la face interne de la côte soit toujours la première affectée et pourquoi la lésion est le plus souvent pluriosseuse. Une semblable poche peut largement s'étaler dans le tissu cellulaire sous-pleural ; mais il arrive un moment où elle fait irruption à l'extérieur, et cela par des points assez spéciaux. C'est dans ces cas en particulier que le chirurgien, après avoir incisé un foyer superficiel assez petit, après avoir réséqué une ou plusieurs côtes plus ou moins altérées, est tout étonné de tomber dans une vaste poche rétrocostale.

En somme, dans cette variété d'abcès, il se produit une véritable infection par continuité, aux dépens des follicules sous-séreux. Les côtes se prennent ultérieurement, pouvant offrir des lésions d'ailleurs variables, parfois à peine visibles, dans d'autres circonstances tellement marquées au contraire, qu'elles attirent toute l'attention et qu'on néglige l'altération pleurale.

Souvent d'ailleurs, plusieurs petits abcès froids évoluent simultanément dans le tissu sous-pleural ; finalement, par leur coalescence, ils donnent naissance à la collection unique. Le mode de début par plusieurs masses isolées nous semble de règle. Il concorde d'ailleurs fort bien avec ce que nous savons de la structure de la poche, des cloisons incomplètes qui la subdivisent.

2° Dans une deuxième catégorie de faits, il faut ranger les abcès froids d'origine adénitique. L'altération pleurale donne d'abord lieu à la production d'une adénite tuberculeuse, qui occupe, suivant les cas, simultanément ou

isolement, les ganglions mammaires internes, les ganglions intercostaux, les ganglions prévertébraux. Ces adénites forment des gommès ganglionnaires tuberculeuses, de véritables abcès froids, qui évoluent comme ceux développés d'emblée au sein du tissu cellulaire, apparaissant de même à l'extérieur. Cette origine ne saurait être mise en doute. Elle a été bien signalée d'abord par Verneuil. « J'ai vu, dit-il dans le *Progrès médical*, (1876), il ya vingt ans au moins, un cas d'abcès en bissac qui siégeait le long du bord droit du sternum. L'autopsie m'a permis de reconnaître que l'abcès avait pour point de départ la suppuration d'un ganglion lymphatique accolé à l'artère mammaire interne. Les vaisseaux intercostaux eux-mêmes, surtout au voisinage de la colonne vertébrale, sont accompagnés de ganglions. Je crois qu'on peut admettre comme possible l'origine ganglionnaire de certains abcès de la paroi thoracique »

3° Il peut arriver que les lymphatiques, intermédiaires à la lésion pleurale et aux ganglions devenus caséux, restent relativement sains. Mais souvent aussi, ils s'altèrent ou jouent même le rôle prépondérant dans le processus pathogénique. Nous sommes alors en présence des abcès froids par lymphangites et périlymphangites tuberculeuses, lesquels peuvent donner lieu à des foyers purulents enkystés sur des points variables de leur trajet. D'où plusieurs modalités possibles. Exceptionnellement, on a vu une lésion pleurale donner naissance seulement à une poche extrathoracique. On doit admettre, pour ces cas, que déjà Leplat connaissait au point de vue clinique, une propagation à distance, une infection analogue à celle qu'on

observe dans les ganglions de l'aisselle ou sur le bras à la suite d'une plaie suppurante du doigt, alors que les tissus de l'avant-bras restent absolument sains. Ces abcès lymphangitiques tuberculeux peuvent être fort bien acceptés ici, aussi bien qu'aux membres, où Lejars a décrit les particularités qui leur appartiennent.

Mais plus souvent, il se développe d'abord un abcès sous-costal ; celui-ci gagne l'espace intercostal sous forme d'une infiltration tuberculeuse, qui suit exactement les trajets lymphatiques. La lésion peut ne pas se cantonner à la profondeur. Elle envahit les lymphatiques où le tissu cellulaire perforant du thorax, et ainsi se constitue la poche superficielle. Ce mécanisme doit être fréquent ; il rend parfaitement compte du siège des abcès aux trois points d'élection, antérieur, latéral et postérieur. En effet, c'est au niveau des espaces perforés antérieur, latéral et postérieur qu'on voit émerger les vaisseaux et nerfs communicants. On comprend que ces espaces constituent de véritables points faibles que le pus ou mieux les fongosités choisiront de préférence pour faire irruption à l'extérieur.

Toute ces particularités ne nous rendent-elles pas un compte satisfaisant du siège de la lésion osseuse sur la face interne de l'arc chondro-costal ? N'expliquent-elles pas, bien mieux que la théorie osseuse, le siège spécial occupé par les collections extrathoraciques, lorsqu'elles n'ont encore qu'un petit volume ?

Il est vrai cependant d'ajouter que cette pathogénie, telle que nous venons de l'établir, si elle est aisée à comprendre au point de vue théorique, est loin d'être

toujours aussi facile à débrouiller au lit du malade, alors que la lésion pleurale passe parfois inaperçue, que les côtes ont été secondairement affectées, que les abcès ont pris de l'extension, ont envahi de vastes étendues de la paroi thoracique. Il est alors difficile de dire ce qui revient à la propagation par continuité, à l'adénite tuberculeuse, à la lymphangite tuberculeuse, à l'ostéite costale. A vrai dire, nous pensons que souvent les différents processus pathogéniques s'associent, pour donner naissance aux suppurations thoraciques d'origine primitivement pleurale

CHAPITRE V

Symptomatologie. — Marche. — Diagnostic.

Nous venons de dire qu'à une certaine époque de leur évolution, il est difficile de dire à quelle classe appartiennent les suppurations thoraciques. Aussi la symptomatologie est-elle confuse et il n'existe guère de caractère différentiel qui permette d'affirmer que l'abcès est d'origine pleurale ou osseuse. Nous voulons cependant essayer, en nous basant sur une récente clinique de M. le professeur Tillaux, de mettre en relief quelques particularités sur lesquelles le maître a insisté.

Début. — On dit le plus souvent que les abcès froids thoraciques débutent d'une façon insidieuse par un point de côté qui paraît, disparaît, s'accompagne d'irradiations vagues. Ce point d'abord sourd, s'exaspère par la pression, par les mouvements, par la toux et les efforts ; souvent il dure des mois ; puis apparaît le gonflement caractéristique.

Il nous semble que ce mode de début est un peu différent, lorsque la côte n'est pas primitivement affectée et que le foyer dépend d'une lésion pleurale. Ordinairement un individu, atteint plus ou moins anciennement d'une

pleurésie dont il ne souffre plus, voit apparaître tout à fait fortuitement une tuméfaction de la paroi antéro-latérale du thorax.

La douleur fait d'abord défaut ; les points de côté manquent ou, s'ils existent encore, on les mettra sur le compte des adhérences pleurales, car ils ne sont en rien exaspérés par la pression du doigt ; la côte n'est pas sensible, elle ne paraît davantage épaissie, augmentée de volume.

C'est en somme tout-à-fait par hasard que le patient s'aperçoit de la tumeur qu'il porte. Nous croyons utile d'insister sur ce point différentiel, qui a sans doute une certaine valeur. Il est expressément spécifié dans la plupart des observations que nous relatons à la fin de notre travail (9 fois sur 14). Aussi comprend-on que dans quelques cas, on ait pu, à un examen superficiel, croire à l'existence d'un lipome.

Période d'Etat. — Mais plus tard, les signes deviennent moins nets ; c'est qu'en effet, le plus souvent, le squelette se trouve envahi et souvent même la lésion osseuse acquiert le dessus dans le tableau symptomatique.

Signes physiques. — Nous constatons alors l'existence d'une tumeur variable dans son volume, ordinairement d'abord allongée dans le sens de la côte, plus ou moins profonde suivant le siège qu'elle occupe, recouverte ou non par des couches musculaires, pouvant même former une tumeur rétromammaire (1).

Bientôt la tuméfaction, d'abord assez dure, se ramollit,

(1) MERMET. *Arch. Gén. de Médéc.* Avril 1896.

elle devient franchement fluctuante, tout en restant sessile, tout en faisant corps avec la paroi thoracique, sans qu'on puisse lui imprimer le moindre mouvement de translation. Mais, dit M. Tillaux, l'abcès froid ordinaire est de consistance irrégulière, sa partie moyenne est très fluctuante ; la périphérie est dure et peut être rapprochée du bourrelet de l'hématome. Dans le cas d'un abcès d'origine pleurale, sans participation manifeste de la côte, ces caractères sont moins évidents. Ainsi dans le cas observé par M. Tillaux, le bourrelet faisait absolument défaut, la fluctuation était très nette sur toute l'étendue de la tumeur. — Il peut même y avoir un semblant de lobulation, si celle-ci est bridée par des muscles ou des fibres tendineuses. Ici encore on croirait facilement à un lipome. Aussi, comme le dit le chirurgien de la Charité, cette régularité de consistance est un signe plutôt gênant, qui pourrait faire hésiter s'il n'y avait d'autres caractères.

Signes fonctionnels. — Tandis que la douleur spontanée et provoquée est de règle dans les abcès ostéopathiques, elle est exceptionnelle, au contraire, dans la variété de suppuration thoracique que nous étudions. Non seulement elle est indolente au début, mais elle peut le rester dans tout le cours de son évolution, à condition qu'il n'y ait point de lésion secondaire assez étendue du gril costal. Leplat a déjà insisté sur ce caractère, puisqu'il écrivait : « Il n'y a pas de douleurs, pas de réaction fébrile, et ce n'est que par accident que le malade s'aperçoit de la présence de l'abcès. » M. le Professeur Tillaux est également, dans sa leçon clinique, revenu avec insistance sur cette particularité.

Or, nos observations confirment absolument la manière de voir de ces deux chirurgiens. Le sujet, dont il est question dans notre observation I, n'a jamais souffert, ni avant l'apparition de sa tumeur, ni pendant qu'elle se développait ; rien ne l'a inquiété et, s'il n'y avait été poussé par une personne étrangère, il n'aurait pas songé à venir demander les secours de la chirurgie. La même particularité est notée dans les obs. II et V. Elle existe aussi dans les observations III et IV, où l'auteur note qu'en outre, il ne pouvait provoquer la plus petite douleur par une pression exercée sur la côte ou sur la collection fluctuante. Le malade de M. Peyrot (obs. VI) était « plutôt étonné que souffrant de sa tumeur. » Nous ne pourrions que faire des remarques semblables pour les malades des obs. X et XI.

Lorsque les douleurs existent, qu'elles acquièrent même une certaine intensité, cela est une preuve de l'envahissement du squelette. Elles se rencontraient intenses, spontanées ou provoquées, chez les malades des observations VIII, IX, XIV ; or, l'intervention, dans ces cas, permit de reconnaître une dénudation profonde, une ostéite, une fracture spontanée des côtes.

Nous pensons donc que l'indolence est un caractère qu'il ne faut pas trop perdre de vue pour poser le diagnostic étiologique de l'abcès froid thoracique.

Signes généraux. — On comprend, si l'on s'en rapporte aux données étiologiques, que les signes généraux sont éminemment variables suivant les cas. Il est rare cependant que nous nous trouvions en face d'un individu anémié ou cachectique ou profondément tuberculeux. Plus

ordinairement, les malades ont assez bon aspect et la lésion locale occupe le premier plan du tableau clinique. Les lésions pleurales sont peu avancées ou même guéries et on s'accorde d'ailleurs à considérer les abcès froids thoraciques comme une forme assez bénigne de tuberculose locale. Cependant quelquefois, à leur suite, on voit l'état général s'altérer, les malades devenir anémiques et s'affaiblir rapidement.

Variétés. — On s'accorde à reconnaître aux abcès froids thoraciques plusieurs variétés, qui existent également pour la forme pleurale, ainsi que cela ressort de notre exposé pathogénique.

1° *Abcès extérieur avec poche intra-thoracique volumineuse.* — Cette disposition se traduit par une matité assez étendue, par une réductibilité partielle de la poche suscostale, par une augmentation sous l'influence des efforts ou des secousses de toux. Ces deux derniers caractères sont très bons au point de vue théorique. Nous croyons cependant qu'il n'y faut pas toujours compter en clinique. N'avons-nous pas montré, en effet, que les orifices de communication entre le foyer superficiel et le foyer profond sont souvent extrêmement étroits, qu'ils peuvent être bouchés par des fongosités ? N'avons-nous pas dit qu'en général la poche profonde est plus ou moins cloisonnée et que, par suite, il est difficile d'y refouler du liquide ou d'y faire pénétrer les fongosités ?

D'autre part, l'existence de frottements pleuraux peut elle-même nous induire en erreur, ou pour mieux dire,

l'auscultation est incapable de nous fournir un renseignement utile. En effet, les frottements peuvent être antérieurs à la formation de l'abcès, et d'autre part ils peuvent exister, alors même qu'il n'existe aucun prolongement intrathoracique.

Si l'on tient compte de ce fait que, dans les abcès de Leplat, la poche intrathoracique se forme généralement la première, je pense qu'on pourra avec assez de certitude affirmer son existence, lorsque l'abcès superficiel se montre tout d'un coup on acquiert en peu de jours un volume qui surprend de prime d'abord.

2° *Abcès sous-costal pur.* — Il paraît d'un diagnostic fort difficile. On se base généralement, pour l'admettre, sur l'existence de la matité, sur la saillie que forme un espace intercostal. Mais en général, il passe inaperçu.

Telle n'est cependant pas l'opinion de Wunderlich, de Bartels, de Koenig. Ces chirurgiens estiment que, pour un grand nombre de ces cas, il est possible de reconnaître, avant l'incision ou avant l'autopsie, le foyer purulent, surtout s'il siège à la paroi antéro-latérale du thorax. Le diagnostic serait basé sur le mode d'extension de l'abcès.

Comme ce dernier occupe une portion circonscrite de la paroi thoracique et qu'il se trouve sous une certaine pression, il écarte les côtes localement et refoule en dehors les espaces intercostaux, tandis que l'empyème agrandit plus ou moins tous les espaces intercostaux. En outre, dans le cas d'un abcès, l'inflammation se propage plus rapidement aux muscles intercostaux, dont elle trouble bientôt les fonctions et altère la structure, et l'on constate de bonne heure une fluctuation limitée. Les côtes situées loin de l'abcès,

surtout les côtes supérieures, se rapprochent plutôt l'une de l'autre (Kœnig).

La matité, pour Wunderlich, suit simplement les limites de l'abcès et ne se montre pas en premier lieu, comme dans l'empyème, principalement à la partie postéro-inférieure du thorax. La forme de la matité correspond donc aux limites du foyer purulent. Si un tel foyer occupe en avant la partie moyenne du thorax, on pourra même, dans certains cas, à l'aide de l'auscultation et de la percussion, constater que le poumon a conservé sa forme et son extensibilité normales dans les points du thorax situés plus bas que l'abcès. En outre, dans l'abcès péripleurétique, on n'observe pas de déplacement des organes.

Enfin Bartels attire l'attention sur un phénomène que l'on constate au moment où la fluctuation apparaît au niveau de l'espace intercostal. Contrairement à ce qu'on observe dans l'empyème, la tension du pus dans l'abcès intrathoracique péripleural diminue dans l'inspiration et augmente dans l'expiration.

Diagnostic. — Tels sont les signes qui permettent de distinguer l'empyème et l'abcès froid intrathoracique. Ce serait sortir de notre sujet que d'insister ici sur le diagnostic différentiel des abcès froids thoraciques. Partout, on trouve écrit qu'il ne faut pas les confondre au début avec une pleurodynie, avec une névralgie intercostale, plus tard avec un lipome, une tumeur des côtes, une gomme syphilitique crue ou suppurée, un kyste, un abcès froid sous-mammaire, une tumeur du sein, une hernie du poumon ou un abcès actinomycotique, enfin

avec un anévrysme, particulièrement lorsque nous nous trouvons en présence d'un de ces abcès pulsatiles de la partie antérieure du thorax, étudiés par Gallard, Comby, Chalot et Mallet. Les éléments de ces diagnostics différentiels sont suffisamment mentionnés dans tous les livres classiques.

Il faut, une fois l'abcès froid reconnu, s'assurer de l'état de la plèvre et du poumon, éliminer les suppurations froides du tissu cellulaire, les abcès ossifluents rachidiens, les abcès froids ganglionnaires (axillaires), reconnaître ensuite en présence de quelle variété anatomique nous nous trouvons, enfin essayer d'établir le diagnostic entre l'abcès froid d'origine osseuse et l'abcès froid d'origine pleurale, en s'appuyant sur quelques-uns des caractères que nous avons indiqués ci-dessus.

L'existence d'une pleurésie antérieure, l'indolence parfaite, l'absence de bourrelet périphérique, l'apparition brusque d'une tumeur extrathoracique constitueront de fortes présomptions en faveur de l'abcès d'origine pleurale.

Mais, ainsi que nous l'avons répété, il faut rarement s'attendre à arriver à une grande précision dans le diagnostic, puisque la carie costale secondaire est presque de règle dans les abcès de Leplat, arrivés à une certaine période de leur évolution.

Nous ne pensons pas qu'il soit actuellement possible d'établir les éléments d'un diagnostic pathogénique, de reconnaître, en un mot, les trois variétés d'abcès froid d'origine primitivement pleurale, telles que nous les avons décrites plus haut.

Evolution. — De même il n'y a aucune particularité à signaler dans l'évolution et la terminaison. Ces abcès peuvent s'ouvrir exceptionnellement dans le médiastin, le péricarde (Bartels) dans les bronches, dans la plèvre, donner naissance à des fistules pleuro-pulmonaires ou même ulcérer un vaisseau assez important, tel que la mammaire interne.

En général, la plèvre s'épaissit, forme une barrière presque infranchissable ; l'abcès marche vers la peau et s'y ouvre, au bout d'un temps variable, par un ou plusieurs trajets fistuleux, par lesquels le stylet pénètre à une profondeur plus ou moins grande, rencontrant ou non un os dénudé.

CHAPITRE VI

Traitement.

Nous croyons qu'il existe pour le traitement des abcès froids d'origine pleurale quelques particularités dignes d'être mises en relief. Certes il peut arriver que la collection soit exclusivement extrathoracique, mais presque toujours, on est frappé par ce fait que l'abcès superficiel, au moins au début, est peu de chose comparativement à la poche profonde. C'est à celle-ci qu'il faut avant tout s'adresser, si l'on veut escompter une cure définitive et ne pas s'exposer à des fistules intarissables.

Aussi convient-il de rejeter d'emblée les ponctions, suivies d'injections modificatrices, la simple incision, l'extirpation de la poche extérieure, le curettage, la cautérisation. Ce sont-là des interventions tout à fait insuffisantes ; car on ne fait rien contre le foyer rétro-costal, on ne peut pas y pénétrer, étant données les cloisons qui le subdivisent, les particularités de sa configuration telles qu'il est souvent formé de plusieurs poches successives presque sans communication l'une avec l'autre,

Du reste, quelle que soit la théorie à laquelle on se rattache, on a depuis longtemps pensé qu'il faut aller plus

loin et la plupart des chirurgiens sont de l'avis de Dayot écrivant en 1892 : « La résection costale appliquée aux abcès froids thoraciques, quel que soit l'état apparent de la côte, remplit les conditions d'une intervention type et complète. »

Mais, même après la résection costale, on a pu observer des guérisons apparentes, la persistance de trajets fistuleux imputables à un traitement incomplet. On découvre une côte dénudée ou cariée ; on l'enlève, on pense être arrivé sur le siège initial du mal, alors que cette altération osseuse n'est en réalité qu'une lésion de minime importance.

C'est ici que les notions pathogéniques, sur lesquelles nous avons essayé d'insister, acquièrent une haute portée ; elles nous apprennent que l'altération osseuse n'est pas toujours primitive, qu'elle est au moins aussi souvent secondaire ; elles nous apprennent aussi que le siège principal de la lésion est plus profond et c'est vers lui qu'il faut se porter pour réaliser une intervention satisfaisante et curatrice.

Aussi la résection costale n'est-elle, dans ces conditions, qu'une opération préliminaire, permettant l'accès dans les poches profondes qu'il convient de drainer, de nettoyer avec un soin méticuleux.

L'opération est loin d'être toujours facile ; au contraire elle est presque constamment laborieuse.

Il suffira, pour s'en convaincre, de lire le détail de celles qui ont été pratiquées sur les sujets des observations I, II. V.

Voici, en général, comment les choses se présentent.

Après incision ou extirpation du foyer superficiel, on remarque, dans un ou deux espaces intercostaux, de petits orifices, remplis de fongosités, qui s'enfoncent dans la paroi thoracique ; ces orifices, au nombre de 2, 3, 4 ou même davantage, sont souvent très petits, n'admettent que le stylet ou la sonde cannelée ; pour les apercevoir, il faut que la surface soit bien étanche. Ils nous conduisent soit sur une côte dénudée à sa face interne ou sur son bord inférieur, soit dans une cavité, au fond de laquelle on ne sent aucun point osseux malade. Dans les deux cas, la résection de l'os, qu'il soit sain ou altéré, s'impose ; elle sera faite largement, portera au besoin sur deux ou trois côtes, de façon à bien voir clair au fond de la plaie.

Nous retrouverons alors les fongosités remplissant les anciens orifices ; guidés par eux, nous arrivons dans la poche sous-costale, qu'il faut inciser largement, curetter, nettoyer à l'aide d'une solution de chlorure de zinc au 1/10. Mais le point capital à retenir, c'est que cette poche n'est presque jamais unique ; en un ou plusieurs points, nous retrouvons cet aspect que nous venons de décrire ; mêmes pertuis, mêmes fongosités ; à nouveau il faut les suivre, ils nous mènent dans une nouvelle cavité qu'il faut nettoyer comme la précédente. Souvent, on en découvre ainsi 4, 5, de plus en plus profondes ou étagées l'une au-dessus de l'autre, ou l'une à côté de l'autre. Il faut continuer ce curetage, jusqu'à ce qu'on parvienne sur une poche bien lisse, n'offrant plus traces d'orifices.

Le curetage doit être exécuté avec précaution du côté de la face profonde, où l'on voit souvent les va et vient

de la plèvre à chaque mouvement respiratoire ; on sera également prudent, en particulier dans les abcès antérieure, où le voisinage des gros vaisseaux ne doit jamais être perdu de vue.

En opérant de cette façon, en drainant ensuite à la gaze iodoformée on est presque certain d'obtenir un retrait, une disparition rapide des poches sous-costales. La guérison est parfois complète en trois semaines, un mois sans qu'il persiste la moindre fistule. C'est du moins ainsi que les choses se sont passées sur les deux malades que nous avons pu suivre dans le service de M. le Professeur Tillaux. Et ce n'est point là une guérison apparente. Ainsi les malades des observations III, IV, V, traités d'après les principes que nous venons d'indiquer, sont restés guéris, ainsi qu'on a pu s'en assurer un, deux ans plus tard.

OBSERVATIONS

Il serait aisé de multiplier le nombre des pièces justificatives, à l'aide desquelles on peut démontrer la réalité de l'origine pleurale de certains abcès froids thoraciques. Souligoux, dans son mémoire, en relate une trentaine au moins. Quelques-unes d'entre elles cependant nous paraissent contestables au point de vue du diagnostic étiologique. Nous ne lui empruntons que quelques faits particulièrement intéressants. Et, désirant avant tout que notre modeste travail soit un complément de celui de M. Souligoux, nous tenons à relater surtout des observations, qui ne figurent pas dans son mémoire et qui soient de nature à corroborer la thèse que nous soutenons.

OBSERVATION I. (Inédite) recueillie dans le service de M. le Professeur
TILLAUX.

Pleurésie. Abcès froid thoracique, sans aucune lésion costale). — Volumineux foyer endothoracique. — Intervention. — Guérison complète.

Le nommé Blard, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin, entre le 25 février 1896 à l'hôpital de la Charité, salle Velpeau, n° 6.

MARMARIAN

Antécédents héréditaires. — Père mort à 44 ans, d'un chaud et froid en trois jours. Mère bien portante. A deux frères et une sœur bien portants. Les grands parents sont morts âgés de 80 ans. L'oncle paternel vit encore, âgé de 74 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladie dans l'enfance. Pas de scrofule. Ni maux d'yeux, ni écoulements d'oreilles, ni écouvelles, etc. Cependant c'est un garçon élancé, d'apparence lymphatique.

En novembre 1894, il est pris d'une pleurésie droite avec fièvre et violent point de côté. Le malade entre à Beaujon dans le service de M. Millard. Celui-ci pratique une ponction et retire un litre et demi d'un liquide séreux. Le malade entre rapidement en convalescence. Il sort le 8 février 1895 et se sent assez fort pour reprendre son travail en mars 1895.

Etat actuel. — En janvier 1896, il constate par hasard la présence d'une grosseur au niveau de la paroi antéro-latérale droite du thorax. Cette tumeur augmente de volume *sans faire aucunement souffrir le malade*. Il va consulter néanmoins un médecin, qui lui conseille d'entrer à l'hôpital pour qu'on le débarrasse de cette tumeur.

Celle-ci siège à droite du sternum, au niveau du deuxième espace intercostal empiétant un peu sur le sternum, les deuxième et troisième côtes. Elle est arrondie, sessile, de volume d'une grosse mandarine. La consistance est égale en tous les points et, au pourtour, on ne sent pas de bourrelet induré. Tumeur rénitente, fluctuante, non réductible. Pas d'expansion, pas de bruissement pendant la toux et les efforts. Pas de battements ; pas de bruit de souffle.

Quand on fait contracter le grand pectoral, la tumeur devient dure ; elle est située derrière ce muscle ; elle n'est pas mobile par sa face profonde.

Spontanément, elle n'est pas douloureuse ; elle ne le devient que lorsqu'on la comprime ou qu'on la malaxe.

Rien dans les autres appareils.

Un peu d'obscurité de murmure respiratoire du côté droit, au niveau du siège de la pleurésie antérieure.

Quelques frottements à la partie antéro-supérieure.

Submatité au sommet droit. Un peu de matité franche immédiatement en dehors de l'abcès.

Opération le 6 mars 1896. M. le professeur Tillaux, assisté de

MM. Rieffel et Souligoux, pratique l'ouverture et le nettoyage de la poche.

Incision verticale de 8 cent. entamant le grand pectoral. On essaie de disséquer la poche précostale ; mais on n'y réussit pas. Elle est ouverte. On reconnaît après avoir évacué le pus grumeleux qu'elle contient, un trajet fistuleux, qui s'engage en arrière et au-dessus de la deuxième côte. Ce trajet est étroit, mais en y faisant pénétrer un stylet, on reconnaît qu'il se meut dans une large cavité. Pour faciliter le nettoyage de celle-ci, on résèque une partie du deuxième cartilage costal et 6 cent. de la deuxième côte, après avoir pratiqué une incision cutanée horizontale et perpendiculaire à la première. Après avoir agrandi le trajet fistuleux, on nettoie le foyer prépleural à l'aide de tampons et de la curette tranchante.

Pendant l'expiration, on constate qu'il se remplit à sa partie inféro-externe. En examinant ce point avec attention, on reconnaît à ce niveau sur la paroi un minime orifice. On y introduit à nouveau un stylet et on trouve une nouvelle cavité qui conduit sous la deuxième côte. Force est de réséquer encore cette côte sur une longueur de 4 cent.; après quoi il est aisé de débrider, d'ouvrir la poche, dont la paroi profonde est formée par une membrane blanche épaisse, d'aspect fibreux. On gratte le foyer qui se prolonge sous la première et la troisième côtes, qui n'offrent pas le moindre point dénudé.

La plaie cutanée est incomplètement réunie ; mèches de gaze iodoformée dans le foyer.

L'opération a eu lieu sans hémorrhagie notable. Il a fallu cependant lier des artères intercostales, assez fortes. Mais l'artère mammaire interne a pu être ménagée.

On examine minutieusement les parties réséquées. Elles sont absolument normales. Aucune trace d'altération sur le cartilage ; aucun point dénudé, aucun épaissement périostique sur les côtes. L'articulation chondro-costale est tout à fait intacte.

Suites opératoires. — Pas d'élévation de la température. Tous les deux jours, pansement. Lavage du foyer avec un courant d'eau boriquée. Assèchement à la gaze bouillie. Irrigation d'éther dans la plaie. Mèche iodoformée.

Le 23 mars, production de deux trajets fistuleux au niveau des parties cicatrisées, issue de deux fils de soie. Grattage à la curette. On ramène encore quelques débris caséeux.

Le 17 mai, nouveau grattage à la curette. On continue toujours le même pansement.

Le 26 mai, il ne subsiste plus de trajet profond ; le stylet ne pénètre plus. La cavité est totalement comblée. Les efforts de toux ne donnent issue à aucun liquide.

Le 2 juin, tout trajet a disparu. Cicatrice solide. Le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

OBSERVATION II (inédite). Recueillie dans le service de M. le professeur TILLAUX

Abcès froid thoracique sans lésion osseuse. — Intervention.

M. A..., âgé de 24 ans, domestique, entre le 27 avril 1896 à l'hôpital de la Charité, salle Trélat, n° 12).

Antécédents héréditaires. — Un frère mort de pleurésie à l'âge de 25 ans, alors qu'il faisait son service militaire. Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Ce jeune homme n'a pas fait d'autre maladie qu'une bronchite, qui a duré plusieurs mois. Il n'accuse pas de pleurésie antérieure. En 1894, à la suite d'une chute sur le coude, il a eu, au niveau de l'épicondyle gauche, un abcès froid qui fut ouvert et guéri au bout de trois mois. On en constate actuellement les traces sous forme d'une cicatrice adhérente.

Début. — En juillet 1895, le malade s'aperçut qu'il avait dans la région dorso-lombaire, au niveau des cinq dernières côtes droites, un point très douloureux à la pression. En avril, à l'occasion d'un choc, il se produisit à ce niveau un abcès froid, large comme la paume de la main, qui fut ponctionné et lavé à l'alcool camphré.

Au dire du malade, à la suite de ce traitement, la grosseur a complètement disparu, les douleurs ont cessé ; il se croyait guéri, quand il y a 7 semaines, le malade s'est mis à souffrir et brusquement, raconte-t-il, une grosseur identique à la précédente s'est montrée : c'est alors qu'il est entré dans le service.

Etat actuel. — Le malade présente à la partie inféro-postérieure du thorax à droite, une collection purulente, qui offre à sa partie moyenne une cicatrice rougeâtre, surélevée. Pas de douleur.

Le lendemain, l'abcès s'ouvre, donnant issue à des grumeaux naissant dans un liquide séropurulent. Un stylet, introduit par ce pertuis, montre qu'il existe, entre les téguments et les deux ou trois dernières côtes droites, un décollement notable. Le stylet s'enfonce à une profondeur d'au moins 8 cent. En faisant varier sa position, on pénètre sous le bord inférieur de la onzième côte. L'examen, plusieurs fois répété, n'a jamais fait sentir de côte dénudée.

On ne relève pas de troubles fonctionnels marqués. Pas de toux, pas de dyspnée. A l'auscultation, on constate un peu de rudesse respiratoire au sommet droit, et de l'expiration prolongée; quelques frottements pleuraux à la partie inférieure de la poitrine.

Le jeune homme a maigri un peu, dit-il, depuis quelque temps. Appétit conservé; ni vomissements, ni diarrhée. Rien dans les épithydymes.

Opération le 1^{er} juin 1895. — Le malade étant endormi à l'éther et la région minutieusement aseptisée, on incise largement par une section transversale, on tombe dans une petite cavité irrégulière, remplie de fongosités. Après l'avoir curettée, on reconnaît, à la face profonde, un petit trajet, dans lequel le stylet s'enfonce derrière la onzième côte. Celle-ci est réséquée sur une longueur de 7 cent. environ; elle est absolument saine; le périoste offre un épaissement peu appréciable; le tissu osseux n'est pas moins résistant que d'habitude. On incise le trajet fistuleux profond; on tombe ainsi sur une cavité du volume d'un œuf de poule, remplie de fongosités. On gratte entièrement la paroi, qui est ferme, fibreuse, inégale. A la partie supérieure, on découvre un nouveau pertuis par lequel on peut faire entrer le stylet à une profondeur de 3 cent. Ce nouveau foyer est incisé, cureté; traité comme le précédent. Pansement comme dans l'observation précédente.

Le malade est actuellement en bonne voie de guérison. Le 29 juin, il n'existait plus aucun trajet profond. On ne constate plus qu'une plaie superficielle, recouverte de bourgeons charnus bien vivaces.

OBSERVATION III (Due à l'obligeance de M. le docteur SOULIGOUX.)
Abcès froid d'origine pleurale. Intervention. Guérison.

Le nommé C. Antoine, concierge, est entré à la Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux, où il occupe le lit n° 47 de la salle Velpeau.

Cet homme, âgé de 53 ans, est petit, maigre, sec, mais paraît jouir d'une excellente santé. D'ailleurs, dit-il, ses parents ont vécu très vieux ; lui-même a deux enfants bien portants.

Sa santé, à part une fièvre typhoïde dans l'enfance, a toujours été très bonne.

Il y a un an, cependant, il a eu la grippe qui dura 20 jours. Il dut s'aliter et eut à ce moment quelques douleurs pectorales.

Début. — Il s'était très bien remis, lorsqu'il y a deux mois, il vit paraître, sur les parties latérales du thorax, du côté droit, au niveau du 5^e espace, le long de la ligne axillaire, une petite tumeur *indolente* pour laquelle il vint consulter.

Etat actuel. — Cette tumeur est molle, indolente à la palpation ; presque fluctuante, non réductible. On porte le diagnostic d'abcès froid du thorax. Rien à l'auscultation.

M. Souligoux l'opère : la poche enlevée, on tombe sur des trajets fongueux qui conduisent dans une cavité rétro-costale. La 5^e côte est enlevée sur une longueur de 6 cent ; elle est absolument saine.

Les trajets fongueux, grattés à la curette, sont ensuite enlevés aux ciseaux. Les parois de la poche rétro-costale sont grattées, et un drainage iodoformé est établi.

La guérison se fit rapidement. Le malade sortit de l'hôpital dès le 10^e jour et vient se faire panser dans le service. Un mois après, il était guéri. Le malade a été revu deux ans plus tard. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION IV (Due à l'obligeance de M. SOULIGOUX.)

Abcès froid thoracique. — Poche profonde. — Résection costale et grattage. — Guérison.

Le nommé G. F. âgé de 30 ans, entre en 1893 à l'hôpital de la

Charité, dans le service de M. le professeur Tillaux, salle Velpeau, n° 24.

Antécédents. — Son père et sa mère sont encore en bonne santé. Lui-même a eu une enfance excellente. Il y a 2 ans, cet homme contracta une pleurésie légère, pour laquelle il fut soigné à l'hôpital Beaujon.

Depuis cette époque, le malade s'est bien porté ; mais il a toujours eu le teint pâle. Il est cependant d'apparence vigoureuse et ne paraît nullement amaigri.

Début. — Il y a trois mois, sans douleur aucune, il vit se former sur la partie latérale droite du sternum, dans le 2^e espace intercostal, une tumeur qui, peu à peu, augmenta de volume, sans être *aucunement douloureuse*.

Etat actuel. — Cette tumeur est molle, fluctuante et ne présente aucune réductibilité ; il n'existe pas de rougeur de la peau et il est impossible, par la pression, de réveiller une douleur même légère.

On porte le diagnostic d'abcès froid. Rien à l'auscultation.

Opération. — Incision et extirpation de la poche sus-costale. Celle-ci enlevée, on trouve, dans le deuxième espace près du sternum, une série de trajets fongueux, qui s'enfoncent à travers la paroi, conduisant ainsi derrière les côtes et le sternum. Pour se donner du jour, M. Souligoux coupe, avec une pince-gouge, les deuxième et troisième cartilages costaux droits et la partie voisine des côtes correspondantes. Le bord du sternum fut échancré d'une façon analogue. On fut conduit ainsi dans une poche volumineuse rétrocostale et rétrosternale, beaucoup plus grande que la poche antérieure. Toutes les fongosités sont enlevées ; la paroi est grattée avec la curette tranchante, mais avec précautions, car on est sur la crosse de l'aorte et près de la veine cave supérieure.

La cavité restante est drainée et les bords de la plaie sont réunis par des points de suture.

La guérison se fit rapidement, car trois semaines après, le malade, complètement remis, sortait de l'hôpital.

Il est venu à plusieurs reprises et sa santé s'est conservée excellente.

OBSERVATION V. Recueillie par M. SOULIGOUX dans le service de M. le professeur BERGER.

Tuberculose pleuro-pulmonaire. — Lymphangite et adénite tuberculeuses. — Absès froids. — Tuberculose costale consécutive. — Interventions multiples. — Guérison.

Le nommé C..., âgé de 29 ans 1/2, occupe à l'hôpital Lariboisière salle Chassaignac, le lit n° 24.

Antécédents héréditaires. — Son père âgé de 63 ans, a toujours légèrement toussé et a eu des hémoptysies en 1870. Mère morte de tuberculose. Un frère est mort de diphtérie. Les deux sœurs sont bien portantes.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, il a joui d'une excellente santé. En 1889, il a eu la grippe, mais, quelque temps auparavant, il avait eu des hémoptysies, qui se sont depuis cette époque fréquemment renouvelées.

Il y a sept semaines environ, *sans ressentir aucune douleur*, il a vu se développer à la région postérieure du dos une petite tumeur. A la suite d'un effort, dit-il, peu de temps après une nouvelle tumeur apparaissait sur les parties latérales; petites au début, elles ont grossi lentement, progressivement.

Etat actuel. — Nous trouvons trois tumeurs. L'une siège au niveau de l'appendice xiphoïde, elle est peu développée, non douloureuse; la deuxième est latérale et s'étend à quatre travers de doigt au-dessous du mamelon, jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du bord inférieur du thorax; elle est molle, fluctuante, douloureuse au niveau des cinquième, sixième, septième côtes.

La cinquième côte est épaissie. La longueur de cette poche tuberculeuse est de 11 cent. ; sa largeur de 9 cent. ; elle est distante de la ligne médiane de 7 cent. Les points épaissis, douloureux des côtes, sont situés le long de la ligne axillaire.

La troisième tumeur est fluctuante; elle est allongée dans le sens vertical et occupe une étendue de 17 cent. 7 cent. la séparent de la

crête vertébrale 8 de l'épine de l'omoplate. Elle repose sur les trois dernière côtes ; la douzième est douloureuse. Cet abcès postérieur s'est développé de haut en bas.

Il n'y a pas de modification à la toux, pas de réductibilité par la pression.

A l'auscultation on entend peu de chose à gauche, sauf quelques craquements au sommet.

A droite, dans toute la région occupée par les abcès froids, il y a de la matité, les vibrations thoraciques sont abolies en certains points, diminuées en d'autres. La respiration, au sommet, est rude et légèrement soufflante ; quelques craquements. Résonnance de la voix, absence du murmure vésiculaire à la partie inférieure du thorax ; quelques frottements pleuraux au-dessous de l'angle de l'omoplate.

Opération, le 21 septembre 1893, par M. Poirier, aidé de M. Souligoux. M. Poirier débute par l'abcès latéral. Une longue incision de 15 cent. environ, transversale, est faite à la peau ; la poche vidée, la paroi enlevée, on ne trouve qu'avec beaucoup de peine un point où l'os est dénudé ; mais à cet endroit, apparaît, rempli de fongosités, un trajet qui s'avance d'avant en arrière, cheminant entre les deux muscles intercostaux externe et interne. M. Poirier nettoie ce foyer à la curette tranchante ; On aurait pu espérer que la lésion s'arrêtait là. Sur ma demande, il incise la paroi supérieure de ce canal fongueux, et, après une hémostase soignée, nous voyons un nouveau trajet fongueux perforer le muscle intercostal interne et gagner l'espace sous-pleural. La face interne de ce muscle est couverte de fongosités ; celles-ci enlevées, nous nous trouvons en présence de la plèvre épaissie, sur laquelle on remarque une série de pertuis remplis de fongosités, qui, grattées avec la curette tranchante, laissent à nu de véritables canaux dans l'intérieur de cette plèvre considérablement épaissie.

Deux côtes ont été enlevées sur une étendue de 10 cent. Elles ne présentaient de lésions qu'au niveau du bord supérieur déjà signalé, où se faisait la communication entre l'abcès froid superficiel et la tuberculose pleurale.

L'abcès antérieur ou plutôt ce que nous avons pris pour un abcès antérieur est incisé, mais il n'y avait pas là de lésions tuberculeuses ; nous avons été induit en erreur par le muscle droit antérieur de l'abdomen qui faisait une saillie anormale.

L'opération ayant duré longtemps, M. Poirier renvoie l'incision de l'abcès postérieur à une date plus éloignée.

Nous avons opéré l'abcès postérieur environ un mois après. Une longue incision verticale de 15 centimètres a conduit sur un vaste abcès dont la paroi est incisée. Dans la poche qui contenait environ un litre de pus, on trouve une côte dénudée, cariée au point d'être le siège d'une fracture spontanée. Le fragment vertébral de la côte avait une longueur qui ne dépassait pas 3 cent. C'était bien là le type de l'abcès d'origine osseuse. Cependant, conduit par cette idée que nombre d'abcès froids sont d'origine pleuro-pulmonaire, je priai M. Poirier de vouloir bien examiner la région profonde de la poche et de voir, s'il n'existait pas un de ces pertuis qui, dans l'opération de l'abcès antérieur, nous avait conduits sur la plèvre. En effet, M. Poirier découvre un orifice assez grand rempli de fongosités; avec l'index il en augmente l'étendue et il finit par découvrir que, dans le poumon même, il existait une caverne pulmonaire qui, par suite, communiquait avec l'abcès thoracique. Sans hésitation, la poche fut grattée à la curette tranchante, la côte réséquée, le foyer drainé.

Résultats. — Dès que l'opération fut faite, quelques jours après, le malade constata qu'il engraissait; son faciès, de pâle et terne, devint coloré et, en un mois, il augmenta de 20 livres. Le drain de gaze iodoformée fut enlevé au bout de 15 jours. La fistule postérieure guérit très vite; la fistule antérieure persista plus longtemps. Mais à l'heure actuelle, le malade est complètement guéri. Nous l'avons revu, il est resté guéri.

OBSERVATION VI due à M. PEYROT (publiée dans la thèse de SOULIGOUX, p. 104).

Tuberculose pulmonaire. — Abcès froid thoracique. — Pas de lésions osseuses apparentes.

Le nommé F. R..., âgé de 34 ans, cocher, est entré le 20 mai salle Lisfranc, n° 14, à l'hôpital Tenon.

Antécédents héréditaires. — Sans valeur. Pas de tare dans la famille.

Antécédents personnels. — Bonne santé dans l'enfance. A l'âge de 13 ans, fièvre qui dure un mois. Abscès sur les joues.

A 23 ans, nouveaux accès de fièvre avec syncope. Il était au service militaire et raconte qu'on a porté le diagnostic de bronchite.

A 26 ans, chute dans une cave. Contusions multiples. Hémoptysies assez abondantes.

Il y a deux ans et demi, il est serré contre un mur par un cheval. Peu de temps après, il voit apparaître dans la région pré-sternale une petite tumeur qui grossit rapidement.

Il y a huit mois, nouvelle atteinte de bronchite. Le malade, *plutôt étonné que souffrant* de sa tumeur, vient nous consulter.

État local. — Siège dans la région chondrosternale droite, près de l'appendice xiphoïde. Volume d'une tête de fœtus. Peau rouge, mais saine; elle est seulement, à la partie inférieure, légèrement amincie et adhérente. Bourrelet circulaire limitant la tumeur qui est indolore, irréductible, sans battements.

État général. — Assez bon, mais l'auscultation nous révèle une induration manifeste du sommet du poumon droit.

Opération. — Le 28 mai 1887, incision parallèle au bord droit du sternum, longue de 10 cent. Raclage de la cavité qui présente quelques prolongements à travers les muscles intercostaux. Pas de lésions osseuses. Lavage, drainage, sutures. Le 27 juin 1887, guérison et exeat.

OBSERVATION VII (résumée) publiée par LEPLAT (p. 409).

Pleurésie gauche passée à l'état chronique. — Abscès des parois thoraciques. — Mort par fièvre hectique. — Autopsie.

P. G., âgé de 28 ans, entre au Val-de-Grâce le 3 mai 1863 avec des signes non douteux de pleuro-pneumonie tuberculeuse, pour laquelle on le soigne. En octobre, apparaît au niveau de la région mammaire gauche, comblant le creux sous-claviculaire, une tumeur diffuse sans fluctuation manifeste, sans rougeur de la peau. Bientôt la tumeur devient fluctuante. Elle est incisée le 10 décembre. Il s'échappe du pus crémeux. Une contre ouverture est faite à la région axillaire.

Pendant l'opération, on explore avec soin le squelette, mais il est impossible d'arriver sur une dénudation osseuse. Le malade meurt le 17 mars 1864.

Autopsie. — Le poumon droit est sain, à part un peu de congestion. Le poumon gauche est réduit au quart de son volume. De fines adhérences celluleuses unissent le poumon droit à la paroi thoracique. A gauche, les plèvres pariétale et viscérale sont intimement unies, excepté à la base où elles sont séparées par un espace rempli de sérosité trouble. Dans la gouttière vertébrale, les dépôts blancs et nacrés ont jusqu'à 2 cent. d'épaisseur.

Au-dessous du grand pectoral, autour des insertions du petit pectoral, au-dessus et au-dessous de ce dernier muscle, se trouve le foyer de l'abcès extérieur, en partie cicatrisé et tapissé par une membrane de formation nouvelle, noirâtre, mais ferme et sans ramollissement putrilagineux. Dans le troisième espace intercostal, à 3 cent. en dehors de l'articulation chondrocostale, on voit une ouverture, à travers les fibres des intercostaux, de 2 cent. de diamètre, irrégulière, déchiquetée, circonscrite par des fibres ramollies ; elle établit une communication entre le foyer extérieur et un autre foyer sous-costal, s'étendant de la deuxième à la septième côte, et de l'extrémité chondrale à l'angle des côtes. Cette cavité est irrégulière-anfractueuse et évidemment formée en dedans par la plèvre pariétale épaissie, en dehors par le tissu cellulaire, doublant les muscles et les côtes. La plèvre pariétale est intacte dans la continuité et simplement refoulée en dedans.

Les côtes n'offrent pour toute lésion qu'un épaississement du périoste ; leur tissu aréolaire est mou, friable et gorgé de sang.

OBSERVATION VIII (résumée) publiée par LEPLAT, dans son Mémoire, page 443.

Abcès des parois thoraciques, suite de pleurésie ancienne. — Autopsie.

P. Q., 29 ans, entre au Val-de-Grâce le 16 mai 1864 avec des signes évidents de pleurésie gauche. En août apparaît une petite tumeur sur la partie inférieure et latérale de la poitrine, au niveau

de la huitième côte. Au bout de 8 jours, elle est de la grosseur d'un petit œuf, dure, tendue, indolente, irréductible, avec fluctuation difficilement appréciable.

Au commencement d'octobre, Leplat revoit le malade dans un état cachectique. Il existe à ce moment 2 abcès sur les parois thoraciques gauches : l'un à la partie antérieure dans le sixième espace, au-dessous du mamelon, de la grosseur d'un œuf, irréductible et n'augmentant ni ne diminuant de volume sous l'influence des mouvements respiratoires.

Le second abcès, celui qui a débuté au mois d'août, est volumineux, il a 12 cent. de haut sur autant de large ; il est profondément situé au dessous du muscle grand dorsal. Il m'est impossible de déterminer à l'aide de l'exploration la plus minutieuse un gonflement osseux, une douleur fixe, indiquant une ostéite ancienne : le stylet ne rencontre aucune surface dénudée, et depuis qu'une ouverture a été faite, il y a un mois, il n'est sorti par la plaie aucun fragment osseux dénudé.

Mort le 15 décembre 1864.

Autopsie. — Le grand abcès est profondément situé sous la couche superficielle des muscles de la partie inféro-postérieure du dos, ses parois sont anfractueuses, séparées l'une de l'autre par un liquide brun, sans odeur mauvaise ; la membrane d'enveloppe est constituée par du tissu lamineux condensé, recouvrant les muscles pâles et ramollis. Dans le septième espace intercostal, chemine un trajet fistuleux, de 6 cent. de long, entre les muscles intercostaux externe et interne, et vient aboutir à un foyer sous costal.

Celui-ci a pour parois : en dehors les muscles intercostaux, doublés d'une couche épaisse de tissu cellulaire de formation nouvelle ; en dedans la plèvre très épaissie. Je me suis assuré avec mon collègue M. Villemain par une dissection minutieuse, que le foyer intérieur ne résidait pas dans la cavité pleurale, que ce n'était pas une pleurésie enkystée qui s'était fait jour à l'extérieur ; les côtes et les cartilages, interposés aux deux abcès, ne sont ni cariés ni nécrosés ; seulement leur tissu est friable et se laisse facilement couper par le couteau.

Le second abcès n'a pas été ouvert du vivant du malade ; il contient du pus épais, crèmeux ; il confine à l'extrémité antérieure de la cinquième côte ; celle-ci présente un point d'ulcération carieuse

à la face interne ; altération limitée et d'une date évidemment postérieure à la formation de l'abcès.

OBSERVATION IX publiée par MAHEU dans sa thèse, page 52.

Abcès froid d'origine pleurale. — Intervention. — Persistance d'un trajet fistuleux.

X..., âgé de 50 ans, entré le 20 février 1893 à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Son père est mort accidentellement ; sa mère est morte à 40 ans d'une maladie de poitrine dont elle souffrait depuis longtemps.

En avril 1890, survient une pleurésie gauche, qui le tient trois mois à la chambre. Il a beaucoup maigri, a été longtemps à se remettre. Ce n'est qu'en 1892 qu'est apparue la tumeur qu'il présente aujourd'hui. Elle siège au niveau du cinquième espace intercostal gauche en dedans du mamelon. Grosse comme une orange, elle est fluctuante, *indolente* à la pression et il n'y a *pas de point douloureux costal*.

Du côté de la poitrine, on entend des frottements étendus, aussi bien en avant qu'en arrière ; le murmure vésiculaire est affaibli.

Operation. — Faite le 21 février 1893 par le docteur Dayot fils. L'abcès est presque complètement enlevé et séparé de la cinquième côte sur laquelle il repose. La côte semble saine ; en y regardant de près, on aperçoit, sous son bord inférieur, un tout petit bourgeon fongueux, bouchant l'orifice externe d'un trajet, dilaté, inclus dans l'espace intercostal et se continuant derrière la cinquième côte qui est enlevée dans une étendue de 8 cent. Le cartilage costal est également enlevé. Grâce à une incision suffisante des parties molles et à une dissection minutieuse, on peut suivre de la façon la plus nette la trainée des fongosités qui aboutit à la lésion osseuse, siégeant en dedans de la côte.

(1) Mahen considère ce fait comme un abcès froid d'origine osseuse. C'est là, à notre avis, une interprétation tout à fait erronée, ainsi que le démontre la lecture de l'observation.

Le foyer sous-costal est gratté, la plaie est touchée avec une solution de chlorure de zinc au dixième. Sutures profondes et superficielles. Drainage. Le malade rentre chez lui avec une plaie infectée restée fistuleuse.

OBSERVATION X (résumée). Publiée par AUCLERT dans sa thèse p. 37.

Abcès froid sous-pleural (1). — *Carie costale*. — *Intervention*. — *Autopsie*.

P. P..., âgée de 40 ans ménagère entre le 9 novembre 1891, salle Premières femmes lit n° 14 à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Bien portante jusqu'en août 1890. A ce moment, elle eut une pleurésie gauche, constatée par plusieurs médecins et traitée par des vésicatoires. La guérison semble obtenue au bout de trois mois; mais en novembre de la même année, la malade est prise de nouveau de frissons et de points de côté; et le diagnostic de nouvelle pleurésie est porté. La malade était oppressée, éprouvait des frissons intermittents, et ressentait des douleurs vagues dans le côté gauche. Pendant l'été, les points de côté douloureux disparurent.

Vers le mois de juillet, la malade aperçut en avant, au niveau du huitième espace intercostal gauche, une petite tumeur qui, de blanche devint rouge, et enfin se rompit un mois et demi après, en laissant échapper un flot de pus. Soulagement immédiat. Mais la malade dépérit de jour en jour, très gêné par la présence d'une fistule qui donne et constamment du pus. On diagnostique un empyème la malade est admise dans le service de M. Chandelux.

Etat général précaire; toux fréquente; peu de crachats. Fièvre vespérale. Sueurs nocturnes.

Dans le huitième espace, fistule peu douloureuse, permettant l'introduction d'une sonde; on pénètre dans une cavité présentant une surface assez grande; sur la huitième côte, on peut sentir des points osseux dénudés. Un peu d'œdème de la paroi à gauche.

(1) Auclert intitule son observation : *abcès sous-pleural dû à une affection chronique des côtes*. Nous pensons, pour notre part, que la lésion costale est consécutive.

Pas de déplacement du cœur. A la percussion, la matité bien nette en arrière, à gauche, s'élevant de la base à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. Conservation de l'espace de Traube. Aucune modification du sommet gauche.

A l'auscultation, on a, à gauche, en arrière, une diminution de la respiration. Celle-ci est affaiblie, comme lointaine, dans toute l'étendue de la matité; mais elle s'entend encore, bien que faiblement, jusqu'à l'extrême base; on note un souffle pleurétique très net, aux deux temps de la respiration. Pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone.

Opération le 19 décembre. — On cherche d'abord à se rendre compte des dimensions de la cavité intra-thoracique. On remarque qu'elle se prolonge en bas et en arrière et qu'elle est fermée en haut vers les limites de la matité. Le stylet peut se mouvoir parallèlement à la paroi thoracique et éprouve de la résistance du côté du poumon. On sent une dénudation de la septième et de la huitième côtes.

En présence de ces symptômes, on pense à un abcès sous-costal d'origine osseuse. On aperçoit alors une cavité qui n'est pas intra-pleurale. Elle est tapissée en dedans par le feuillet pariétal de la plèvre. Celle-ci apparaît libre et presque saine en face de l'ouverture pratiquée. On constate avec le doigt qu'elle est décollée en haut jusqu'à la sixième côte, et sur une vaste étendue en bas et en arrière.

Avec la seringue de Pravaz, on ponctionne, à plusieurs reprises, inutilement la plèvre; à chaque ponction, on ne retire qu'une goutte de sang mélangé d'air.

On retire de la cavité extra-pleurale environ 50 gr. de pus sa-
nieux mêlé à des grumeaux. On fait de lavages, on place un drain.
Pansement antiseptique.

La malade meurt cachectique le 6 janvier.

Autopsie. — On sectionne les côtes au niveau de leur union avec le cartilage gauche et on enlève le sternum. Une sonde est introduite par la plaie opératoire du huitième espace intercostal et dirigée dans tous les sens; on constate bientôt qu'elle ne communique en aucun point avec la cavité pleurale. La plèvre pariétale est épaissie et recouverte à l'extérieur d'un dépôt caséeux. Elle est décollée sur une largeur de 15 cent. et une hauteur de 10 cent. Pas d'exsudat pleural.

Sur le trajet des septième et huitième côtes, tout près de la plaie opératoire, on constate une augmentation de volume de l'os; le périoste est infiltré,

A la face interne de la septième côte, on remarque en arrière un point d'ostéite, qui avait échappé à l'exploration. La poche intro-thoracique contient à sa partie inférieure un peu de pus filant.

Les poumons ne présentent aucune trace de tuberculose.

OBSERVATION XI (résumée). Publiée par Evans.

Abcès froid sous-costal d'origine pleurale. — Ponction. — Autopsie.

W. B... âgé de 9 ans, entre à l'hôpital le 9 février 1880. Antécédents mauvais. Un frère est mort phtisique. Lui-même a toujours été pâle et chétif. Scarlatine à huit ans.

Il y a deux mois, sans cause appréciable, apparurent des douleurs dans la région du cœur. Vomissements. Aucun traumatisme antérieur.

A son entrée, le malade est pâle, d'apparence frêle; prostration très grande. Le côté gauche de la poitrine présente un périmètre moins grand que le côté droit. A la base gauche, les espaces intercostaux sont effacés. La pression fait éprouver de la douleur dans l'aisselle. Le côté gauche est absolument sourd à la percussion, jusqu'à la troisième côte en avant, jusqu'à l'angle de l'omoplate en arrière. Au-dessus de ce niveau, il y avait du tympanisme et de la respiration amphorique. Au-dessous, la respiration devenait graduellement plus faible et était à peine perceptible. A la base, respiration exagérée dans le poumon droit.

L'impulsion cardiaque n'était que faiblement perçue à sa place habituelle.

La température était élevée, oscillant autour de 39°; il y avait trente respirations à la minute.

Le 11 février, on introduit un trocart à travers le septième espace intercostal: 540 grammes d'un pus épais, brunâtre, d'une odeur repoussante furent retirés; un drain est laissé à demeure.

Amélioration passagère avec température normale ; mais 3 jours après, elle remonte à 39°2 ; sueur profuse ; dyspnée.

Le 15 février, on pratique une seconde ouverture dans le dixième espace. On y introduit un drain qui ressort par la première incision. A ce moment, on constate une dénudation étendue de la huitième côte ; on n'y attache pas d'importance, car on l'attribue à l'opération.

Nouvelle amélioration temporaire ; mais quatre jours après, reparurent les sueurs profuses et les oscillations de la température. Le malade mourut le 15 mars.

Autopsie. — On note un collapsus du poumon gauche. La plèvre pariétale est épaissie et détachée de la paroi thoracique. Le décollement commençait à la deuxième côte et allait jusqu'au diaphragme. Pas de liquide dans la plèvre. La poche formée par la plèvre décollée avait certainement contenu le pus pendant la vie. La huitième côte était cariée sur une étendue d'environ 6 cent.

OBSERVATION XII. Publiée par le docteur DAYOT fils (de Rennes).

Abcès froid découvert sur un cadavre.

En 1893, M. Dayot reçut, pour le cours de Médecine opératoire, un cadavre qui portait sur la 5^e côte droite, près de son extrémité antérieure, une petite tumeur qui était un abcès froid. Il profita de cette occasion pour l'étudier. Voici ce qu'il écrit :

« Après avoir isolé l'abcès des parties molles qui l'entouraient, je reconnus qu'il avait le volume d'une orange et une forme très régulière. Il était implanté sur la face externe de la côte et du 4^e espace intercostal et s'avancait jusque sur la côte voisine ; sa poche largement fendue fut bien nettoyée. J'y découvris d'abord, après l'avoir attentivement recherché, un petit orifice situé sur le bord supérieur de la côte, orifice laissant passer avec peine un fin stylet que j'introduisis d'un cent. environ. En recourbant le stylet en crosse, je l'engageai davantage et cherchai à explorer la face interne de la côte. La manœuvre était difficile et ne me donna aucune sensation de dénudation osseuse.

Pour me rendre un compte exact de la lésion et de son étendue, je reséquai la côte de chaque côté de la tumeur, et enlevai la pièce en totalité : la résection portait en avant sur le cartilage costal ; l'articulation chondro-costale était séparée de la plèvre pariétale par un nid de fongosités remplissant une petite cavité très circonscrite. Il existait une dénudation de 4 à 5 millim. au plus au niveau de la lèvre interne de la gouttière costale.

L'espace intercostal était occupé par un diverticule de la poche ; des fongosités y étaient accumulées. Le poumon présentait des tubercules. La plèvre épaissie était adhérente au poumon dans toute son étendue. »

OBSERVATION XIII. Publiée par le docteur DAYOT fils (de Rennes)

Tuberculose de la onzième et de la douzième côtes droites. — Résection costale. — Tuberculose pulmonaire et intestinale. — Mort. — Autopsie de l'abcès thoracique (1).

H... Mariée, 40 ans, entre le 8 décembre 1890 à l'Hôtel-Dieu de Rennes. Je la vois pour la première fois le 1^{er} avril 1891. C'est une femme très amaigrie, cachectisée, ayant des vomissements, de la diarrhée, ainsi que des signes légers de tuberculose pulmonaire.

Père et mère morts ; la mère de tuberculose pulmonaire. Cette femme a des cicatrices au cou, indices d'anciennes adénites suppurées. Il reste même une fistule. Elle a eu des hémoptysies.

Elle présente un abcès froid dont le début remonte à plus d'un an. Cet abcès a été ponctionné plusieurs fois ; il s'est toujours reproduit ; il est actuellement très tendu et menace de se faire jour au dehors, la peau ayant subi un amincissement considérable. Cet abcès correspond à l'angle postérieur des côtes ; il est extraordinairement volumineux, allongé dans le sens vertical ; il s'étend de l'épine de l'omoplate à la crête iliaque ; il occupe donc toute la hauteur du tronc. Il est situé du côté droit.

(1) Nous laissons à cette observation le titre que lui donne son auteur. Mais elle est passible de l'objection que nous avons déjà formulée à propos de l'observation X.

Il est impossible de savoir quel est l'os qui lui donne naissance. L'exploration du squelette est négative. L'abcès se tend sous l'influence des efforts de toux. L'état de la peau, l'ouverture spontanée de cet abcès qui est imminente, me forcent la main et je l'opère, malgré l'état général alarmant.

Opération le 10 avril 1891. — Incision de l'abcès dans toute sa hauteur. Pus et fongosités en abondance. Grattage à la curette de toute la poche et excision de la plus grande partie de sa paroi.

Les onzième et douzième côtes sont malades. La douzième côte est enlevée tout entière. La onzième est réséquée sur une étendue de 6 cent. ; elle n'est dénudée qu'en dedans.

Il existait un gros foyer sous-costal rempli de fongosités ; un corps vertébral est dénudé. Nous enlevons à la curette les fongosités. Il reste une cavité grosse comme le poing.

Chlorure de zinc au 1/10 sur toute la cavité.

Sutures profondes et superficielles. Drain dans l'angle inférieur.

Suites. — Cette malade fut améliorée pendant quelque temps ; puis les accidents gastro-intestinaux qui avaient semblé céder subirent une nouvelle recrudescence, entraînant la mort le 2 juin 1892, c'est-à-dire 7 semaines après l'opération.

L'abcès était cicatrisé ; il ne restait plus qu'un trajet fistuleux, qui déversait chaque jour une petite quantité de pus. Cette fistule siégeait dans le point où avait été placé le drain.

Autopsie. — Il ne restait plus trace de l'abcès qu'au niveau du drain. Le foyer prévertébral était très réduit et ne pouvait contenir qu'une très petite quantité de pus. Infiltration tuberculeuse du sommet des poumons et adhérences pleurales plus marquées à droite qu'à gauche.

Ulcération tuberculeuse de l'intestin.

OBSERVATION XIV (résumée). Publiée par le docteur THIÉRY.

Abcès tuberculeux du thorax. — Ponction. — Récidive. — Résection des côtes malades. — Fistule persistante.

Th..., 50 ans, typographe, entre salle Broca, n° 14, service de M. Polaillon à la Pitié le 11 février 1887.

Il a eu, il y a 12 ans, un ictère sans coliques hépatiques, mais

avec douleur à l'hypochondre. En janvier 1880, il a eu une pleurésie sèche à gauche. Il dit avoir toussé et maigri.

A l'auscultation, on trouve des frottements pleuraux très nets.

En septembre 1886, à la suite d'un effort pour enfoncer une porte, il ressent une douleur vers le mamelon gauche. La région mammaire augmente de volume ; un abcès se forme ; il est ponctionné deux fois. Récidive.

État actuel. — Rénitence d'une partie du sein gauche. Il n'y a pas de douleur, mais un peu de fluctuation au centre ; cette partie paraît adhérer aux côtes et au grand pectoral.

Le 15 février, on fait une incision, un lavage phéniqué à 1/20. On trouve une côte fracturée. Pansement iodoformé.

Erysipèle intercurrent. Le malade sort le 17 juin ; sa fistule persiste.

OBSERVATION XV (résumée) publiée par BARTELS.

Péripleurite. — Mort. — Autopsie.

C. R. Marin âgé de 25 ans, entre le 1^{er} juin 1872 à la clinique de Kiel. Il est atteint de syphilis. Depuis huit semaines qu'il a eu une angine, il n'a pu se remettre et souffre de dyspnée, de toux, de sueurs persistantes.

État actuel. — Malade très amaigri, presque complètement aphone. La partie moyenne de la région thoracique latérale fait une forte voussure. Les cinquième et sixièmes côtes surtout sont proéminentes. Dans le cinquième espace, un peu en dehors de la ligne mammaire, on sent une fluctuation manifeste et une collection plus tendue au moment de l'expiration. Matité limitée au niveau et aux alentours de la tumeur. A l'auscultation, souffle et frottements rudes. Une ponction exploratrice donne issue à du pus crémeux.

Bartels, fort embarrassé, penche vers le diagnostic suivant : Ostéopériostite syphilitique suppurée, avec abcès principalement sous-costal.

On fait plusieurs nouvelles ponctions. Mais le pus ne s'écoule que d'une façon insuffisante. Aussi Esmarch résèque-t-il le 15 juillet la

cinquième côte sur une étendue de 4 cent. En introduisant le doigt, on reconnaît une vaste cavité ; la sonde pénètre à une profondeur de 17 cent. d'avant en arrière. Le malade s'affaiblit et meurt finalement de néphrite parenchymateuse.

Autopsie. Cavité thoracique. — A gauche, adhérences lâches pleuro-pulmonaires. A droite, le poumon paraît absolument fusionné avec la paroi pectorale. Par la fistule, on entre dans un trajet long de 9 cent., dont la paroi est dure et coriace. Le trajet conduit à son tour dans une cavité à poche très épaisse, située en arrière et en dehors du lobe inférieur et rempli d'un liquide jaune brun. En dehors, la paroi de l'abcès est immédiatement adjacente aux côtes extraordinairement épaissies. En certains endroits, on peut manifestement constater que la paroi profonde de l'abcès est formée par la plèvre pariétale, fusionnée avec la plèvre pulmonaire.

CONCLUSIONS

1° En dehors des abcès froids thoraciques symptomatiques d'une lésion osseuse costale, il y a lieu de faire définitivement une place aux abcès d'origine primitivement pleurale.

2° Ils sont sans doute beaucoup plus communs qu'on ne le pense et c'est, dans bien des cas, par suite d'une erreur d'interprétation, qu'on considère l'altération du squelette comme la première en date, alors qu'elle est en réalité consécutive.

3° L'existence des abcès froids d'origine pleurale s'appuie sur un ensemble de preuves anatomiques et cliniques que nous avons exposées au cours de notre travail.

4° Au point de vue pathogénique, ils se développent consécutivement, à une lésion pleurale plus ou moins profonde, ainsi que l'a démontré Leplat, et par le mécanisme de l'adénite ou de la lymphangite tuberculeuse, ainsi qu'il ressort des recherches de M. Souligoux.

5° Au point de vue symptomatique, il y a lieu d'insister, avec M. le Professeur Tillaux, sur l'indolence de ces abcès, qui acquièrent presque toujours un notable volume, sans causer au malade une gêne appréciable.

6° Au point de vue thérapeutique, la résection costale

n'est ici qu'une opération préliminaire, donnant un accès facile dans la poche endo-thoracique, qu'il faut traiter avec grands soins, si l'on veut être assuré d'une guérison définitive.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le président de la thèse,
TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Auclert.** — *Abcès froids des parois thoraciques à forme pseudo-pleurétique.* Thèse de Lyon, 13 janvier 1893.
- Bartels.** — Ueber peripleuritische Abscesse. *D. Archiv f. Kl. Medizin* 1874, XIII, p. 21.
- Billroth.** — Ueber abscedirende Peripleuritis. *Arch. f. Kl. Chir.*, 1861, II.
- Bonet.** — *Sepulchretum*, 1769, I, p. 588, obs. XVII.
- Bonnaud.** — *Abcès froids des parois thoraciques.* Thèse de Paris, 1892.
- Bonnel.** — *Carie costale et abcès froids thoraciques.* Thèse de Paris, 1891.
- Bonnet.** — Observations pour l'histoire des pleurésies avec épanchement. *Arch. gén. de méd.* 1829, t. XXI, p. 86.
- Bousquet.** — Abcès froids des parois thoraciques consécutifs aux périostites externes chroniques. *Arch. gén. de méd.*, 1878, I, p. 288.
- Boyer.** — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*, 1831, t. VII, p. 269.
- Caspari.** — Abscess der Thoraxwand nach Pleuritis. *Berl. Klin. Woch* 1867, IV, p. 4.
- Charvot.** — *Gaz. hebdomad.*, 1879, p. 40, et *Rev. de chir.*, 1884, p. 437.
- Chassaignac.** — in *Traité de la suppuration*, 1859, II, p. 256.
- Choné.** — *Abcès froids thoraciques.* Thèse de Paris, 1873.
- Crisp.** — On a case of abscess of the thoracic Walls. *The Lancet*, 1848, II, p. 123.
- Cruveilhier.** — Article pleurésie du *Dict. en 30 volumes*.
- Dance.** — *Arch. gén. de méd.*, 1832, p. 149.
- Dayot.** — De la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. *Archiv. prov. de chirurgie*, 1892, n° 5, p. 413.

- Duhamel.** -- Phlegmon extra-thoracique communiquant avec les voies aériennes. Guérison. *Gaz. Hebd. de méd. et de chir.*, 1864, p. 760.
- Duplay.** — Abscès chroniques des parois thoraciques. *Progr. médic.*, 1^{er} juillet 1876, p. 489.
- Evans.** — Abscess in thoracic parietes simulating empyema *Med Press and Circular*. London, 1881.
- Fürbringer.** — *Virchow's Archiv.*, t. 66, p. 330.
- Gibb.** — Empyème simulé par un abcès thoracique. *The Lancet*, 1862, II, p. 231.
- Hervez de Chégoin.** — *Journal gén. de méd.*, 1827, p. 121.
- Israel.** — *Verhandl. d. Deutschen Gesellschaft f. Chir.*, 1886.
- Koenig.** — *Traité de pathol. chir.*, t. II, p. 54. (Trad. franç.).
- Legrand.** — *Abscès des parois thoraciques, causes ou conséquences des lésions des organes thoraciques*. Thèse de Paris 1876, n° 122.
- Leichtenstern.** — Die Krankheiten der Pleura. *Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankheiten*, 1878, t. III.
- Leplat.** — Des abcès de voisinage dans la pleurésie ; pathogénie et étude clinique des abcès thoraciques. *Arch. gén. de méd.*, 1865, V, p. 403 et 565.
- Maheu.** — *Contribution à l'étude de la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques*. Thèse de Paris, 13 juin 1894.
- Martin.** — Gibt es eine genuine Peripleuritis? *Centralbl. f. Chir* 1882, n° 36.
- Ménière.** — Observations et réflexions sur les abcès chroniques qui se développent sur le trajet des côtes. *Arch. gén. de méd.*, 1829, t. XXI p. 381.
- Oulmont.** — Dégénérescence cartilagineuse de la plèvre avec abcès des parois thoraciques. *Gaz. des hôpitaux*, 1856, p. 501.
- Pacini.** — *Nouveau Journ. de méd.*, 1822, p. 44.
- Parise.** — *Arch. gén. de méd.*, 1839, I, p. 147.
- Péron.** — *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tubercules de la plèvre*. Thèse de Paris, 1895-96.
- Feyrot.** — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*. VI, p. 92.
- Pichon.** — *Des abcès périostiques du thorax*. Thèse de Paris, 1886.
- Riedinger.** — *Deutsche Chir. de Billroth et Lücke*. 42^e livraison.
- Sabattier.** — Des abcès froids tuberculeux thoraciques à propos de la variété sous-pleurale. *Province Médic.*, 1889, III, p. 217.

Sanchez-Toléo. — *Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire.* Thèse de Paris, 1887.

Souligoux. — *Pathogénie des abcès froids du thorax.* Thèse de Paris, 1893-1894.

Suadicani. — *Peripleuritische Abscesse.* Inaug. Diss., Kiel, 1865.

Terrier. — *Manuel de Pathol. et de clinique chir.* Tome IV p. 543.

Thiéry. — *De la tuberculose chirurgicale.* Thèse de Paris, 1890.

Tillaux. — in *Traité de chirurgie clinique.* I, p. 686 et *Presse médic.* N° 51 24 juin 1896.

Vidal (de Cassis). — *Traité de pathologie externe et de Méd. opérat.* 1861, IV, p. 404.

Wunderlich. — Ueber Peripleuritis. *Arch. f. Heilkunde*, 1861, II, p. 1.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	3
CHAPITRE I ^{er} . — Historique	7
— II. — Anatomie pathologique.....	18
— III. — Étiologie.....	34
— IV. — Pathogénie... ..	39
— V. — Symptômes et Diagnostic.....	51
— VI. — Traitement.....	60
OBSERVATIONS.....	65
CONCLUSIONS	87
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	89

